Aus der II. gynaekologischen Klinik und der gynaekologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses München I. I.

Vorstand: Dr. Jos. Alb. Amann.

Ueber Alkoholtherapie

bei entzündlichen Veränderungen des weiblichen Genitaltractus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Sebastian Schmid,

approb. Arzt aus Grünthal.

Separatabdruck aus den Annalen des Allgemeinen Krankenhauses München I. I.

München 1901.

Kgl. Hofbuchdruckerei von Kastner & Lossen.

Aus der II. gynaekologischen Klinik und der gynaekologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses München I. I.

Vorstand: Dr. Jos. Alb. Amann.

Ueber Alkoholtherapie

bei entzündlichen Veränderungen des weiblichen Genitaltractus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Sebastian Schmid,

approb. Arzt aus Grünthal.

ACAD. LUDD. BAT. BIBL.

Separatabdruck aus den Annalen des Allgemeinen Krankenhauses München I. I.

München 1901.

Kgl. Hofbuchdruckerei von Kastner & Lossen.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent:

Herr Geheimrat Prof. Dr. v. Winckel.

Die praktische Heilkunde hat durch die grossen Fortschritte der Bakteriologie in den letzten Decennien eine grosse Förderung erfahren. Die Kenntnis der Bakterien und ihrer Lebensbedingungen war ja die Vorbedingung eines erfolgreichen Kampfes gegen die Infektionserreger selbst, sowohl vor, wie nach ihrem Eintritte in den Organismus.

Gerade die Forschungen der letzten zehn Jahre über die Reaktion des infizierten Organismus führten zu den genaueren Studien über den Chemismus des Blutes und der Körpersäfte und gewähren durch den klaren Nachweis natürlicher Schutzeinrichtungen gegen die Invasion von Bakterien einen tiefen Einblick in die früher rätselhaften, weil nicht genau gekannten Vorgänge im kranken Organismus.

Buchner (München) stellte fest, dass bakterienfeindliche Stoffe alle oder fast alle Körperzellen besitzen, dass sie vor allem im Blute in grösserer Menge vorhanden sind, und er nennt das Blut das grosse, antibakterielle Schutzmittel des Körpers. Diese Entdeckung ist umso wichtiger, als gerade das Blut infolge seiner Beweglichkeit eine beliebige Zuleitung der in ihm gelösten bakterienfeindlichen Stoffe zu den bedrohten Körperteilen ermöglicht.

Ueber die Heilwirkung des Blutes sind auch bereits rein empirisch in der praktischen Heilkunde Versuche angestellt worden, allerdings nur von wenigen Autoren und mit wechselndem Erfolge.

So suchte Jacoby die Heilung der Lungentuberkulose durch vermehrte Blutzufuhr zu den Lungen zu bewirken.

August Bier erzeugte bei chronisch-tuberkulösen Veränderungen der Extremitäten auf mechanischem und physikalischem Wege eine lokale Hyperämie des erkrankten Gliedes und hatte auch sehr gute Ergebnisse; er bediente sich des venösen Blutstromes, indem er künstlich eine Stauung hervorrief, des arteriellen durch Anwendung von Heissluftapparaten und des gemischten durch Saugapparate. Mit diesen Methoden Biers konnte aber nur an den Extremitäten und an der Oberfläche des Rumpfes eine Hyperämie erzeugt werden.

Bekannt sind auch die günstigen Resultate der Laparotomien bei den tuberkulösen Peritoneitiden, wo der durch Licht- und Luftreiz erzeugten Hyperämie der erkrankten Teile die Heilwirkung zugeschrieben wird.

Auf der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München hat Buchner die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf den Alkohol als chemisches Reizmittel der Gefässe zur Erzeugung einer verstärkten, arteriellen Blutzufuhr gelenkt.

Schon vor der Veröffentlichung der therapeutischen Bedeutung des Alkohols waren auf Buchners Anregung in der hiesigen chirurgischen Universitäts-Klinik unter Professor von Angerer Alkoholverbände zur Behandlung von Gelenk- und Knochentuberkulose angewandt worden, und zwar mit sehr gutem Erfolge.

Die Anwendung des Alkohols zu therapeutischen Zwecken überhaupt reicht schon weiter zurück. In der Volksmedizin finden wir Waschungen und Einreibungen mit „Franzbranntwein“ mit und ohne Zuthaten frühzeitig in Uebung, in der praktischen Heilkunde sind die alkoholischen Extrakte pflanzlicher Arzneistoffe auch heute noch beliebt wegen ihrer Haltbarkeit und guten Wirkung, die, wie bei Tinctura Arnicae hauptsächlich auf die durch Alkohol hervorgerufene, vermehrte arterielle Fluxion zurückzuführen sein dürfte. Nach Geheimrat von Bergmann wurden im russisch-türkischen Kriege 1877—1878 Spiritusverbände als erste Hilfeleistung bei Verletzungen angelegt, und zwar mit sehr gutem Erfolge. Subkutane Injektionen von Alkohol in nur wenig incidierte, akute Abscesse nach der Methode von Gosselin empfahlen Blank und Assaky in der Gazette medicinale de Paris 1881 als rasch die Ausheilung befördernd. Geheimrat von Bardeleben sah seit der Auswaschung von Verletzungen bei Operationsübungen etc. mit Alkohol nie mehr eine Phlegmone von der oft unbedeutenden Wunde ausgehen.

Auf die ausgezeichnete Wirkung von Alkoholverbänden bei phlegmonösen Prozessen wies erst Salzwedel hin in einer grösseren Publikation vom Jahre 1894. Er sieht in dem neuen Verfahren zwar keine Panacee, aber er beobachtete bei phlegmonösen Entzündungen mit der Tendenz zum Weiterschreiten immer „entweder ein fast abortives Zurückgehen leichter Entzündungen, oder Abschwellen der mässig entzündeten Teile und einen auffällig schnellen Zerfall der schwer erkrankten Gewebe zu gewöhnlich abgegrenzten, durch Fluktuation leicht nachweisbaren, dünnen Eiter enthaltenden Abscessen", also nach Billroth-Winiwarter die günstigsten Ereignisse im Verlaufe von Phlegmonen. Später erweiterte er die Indikation der Alkoholanwendung auf alle entzündlichen Vorgänge der Haut und der dicht unter ihr liegenden Gebilde, wie Lymphangitis, Furunkel, Panaritien, Erysipel, Bursitis praepatellaris, Mastitis, Lymphadenitis, ferner bei gonorrhoischen Gelenkaffektionen und bei verunreinigten, frischen Wunden, „deren gründliche Desinfektion nach den geltenden Regeln nicht möglich ist."

Es möge gestattet sein, auf Salzwedels Methode, die den Ausgangspunkt für alle späteren, systematisch ausgeführten Alkoholverbände bildete, etwas genauer einzugehen.

Seine Verbände bestehen aus 3 Schichten: direkt auf die erkrankte Partie kommt eine ausgiebige achtfache Schichte entfetteter Mull, mit ca. 96% rektifiziertem Spiritus getränkt; offene Wundflächen schützte er dabei durch trockene Gaze vor direkter Berührung mit Alkohol; darüber wird eine 2– 3 cm hohe Schichte entfetteter und reiner trockener Watte gelegt; den Abschluss bildet ein perforierter, undurchlässiger Stoff. Die Perforation hält Salzwedel für zweckmässig zur Verhütung von Maceration der Haut an der Applikationsstelle.

In seinen späteren Veröffentlichungen berichtete er auch von der günstigen Einwirkung der Alkoholverbände auf die Beschleunigung der Bildung circumscripter Abscesse bei tiefer liegenden phlegmonösen Prozessen und schloss hieraus auf eine Tiefenwirkung des Alkohols, indem „die durch die Verbände geschaffenen Temperatur-, Vergasungs- und Gasdruck-Verhältnisse dem Alkohol besonders geeignete Bedingungen schaffen, um in Gas- oder Dampfform durch die Epidermis zu dringen", eine Möglichkeit, die Winternitz auch für Chloroform und Aether angibt.

Auch auf das subjektive Befinden der Kranken wirkten die Alkoholverbände günstig und Salzwedel beobachtete „Aufhören

des Entzündungsschmerzes, Besserung des Allgemeinbefindens, Aufhören der Unruhe und des Unbehagens der Kranken, Rückkehr des Appetits und Schlafes".

Auf die Anregung Salzwedels wurde von verschiedener Seite eine grosse Anzahl von Versuchen mit Alkoholverbänden gemacht bei den angegebenen Indikationen und fast ausschliesslich mit gutem Erfolge. A. Schmitt veröffentlichte seine Erfahrungen aus dem Ambulatorium der Münchener chirurgischen Klinik von O. von Angerer, wobei er erwähnte, dass man dort die Verbände nicht mehr entbehren möchte. Bardenheuer, Generalarzt von Coler, Korsch, Pfuhl u. a. konnten die günstigen Erfolge Salzwedels auf Grund der eigenen Resultate bestätigen.

Salzwedel schrieb die gute Wirkung der Alkoholverbände der antiseptischen Eigenschaft des Alkohols zu, konnte sich aber die schnelle Abscessbildung nicht erklären.

Nach den Forschungen Buchners, der die bisher nur auf Empirie beruhende Alkoholtherapie durch Klarlegung der Hauptwirkungsweise des Alkohols als ein stärkere Fluxion bedingendes Mittel wissenschaftlich begründete, ist dies unschwer möglich.

Bei der durch Alkoholverbände erzeugten, verstärkten arteriellen Blutzufuhr werden mehr antibakterielle Schutzstoffe an die affizierte Stelle gebracht; die Bakterien werden durch diese getötet oder wenigstens in ihrer Entwickelung gehemmt. Durch die vermehrte Blutzufuhr wird auch eine lokale Hyperleucocytose begünstigt, wobei die Einschmelzung des infektiösen Herdes und des umgebenden Gewebes schnell zustande kommt.

Für diese Annahme spricht auch die Wahrnehmung Salzwedels, dass grössere Alkoholverbände, die das erkrankte Glied zirkulär umfassen und über das Gebiet der nächst höheren Lymphdrüsenregion, wenn möglich, noch hinaufgehen, eine weit bessere Wirkung erzielen als kleine Verbände, denen Salzwedel keinen Erfolg verspricht. Dadurch wird eben ein grösseres Gefässgebiet mit in den Verband eingezogen, und die Hyperämie wird eine viel bedeutendere. Wenn Alkohol hier als Antisepticum wirken würde, ähnlich dem Sublimat oder einem anderen Desinficiens, dann müsste doch die gute Wirkung auch zustande kommen durch alleinige Anwendung am affizierten Gebiete, und ein Darüberhinausgehen wäre nutzlos. Analog den übrigen Antisepticis müsste dann auch der Alkohol in höheren Konzentrationen besonders baktericid wirken, was durch neuere Forschungen widerlegt ist, während gerade höhere Konzentrationen die Wirkung der Alkoholverbände ver-

stärken. Für die fluxionäre Wirkung des Alkohols spricht ferner nach der Beobachtung Salzwedels auch eine eigenartige Erscheinung, die öfters eintrat, wenn er mit Alkohol behandelte, fluktuierende Geschwülste nicht sofort öffnete; sie enthielten keinen Eiter mehr, sondern klare, wasserhelle Flüssigkeit, anscheinend Lymphe.

Buchner hat auch experimentell nachgewiesen, dass die Alkoholwirkung nicht direkt durch eine Art Desinfektion zustande kommen kann, sondern indirekt durch Hervorrufung einer Hyperämie am Orte der Anwendung. Die vermehrte Blutzufuhr selbst ist bedingt hauptsächlich durch lokale Wasserentziehung und dadurch bedingte Reizung der getässerweiternden Nerven, sowohl des Einwirkungsortes als auch der benachbarten Gebiete. Gerade diese Eigenschaft des Alkohols, dass er nicht circumscript nur an der Oberfläche, sondern weithin, sogar bis tief hinein in die Gewebe und durch Ausstrahlung auch auf die Gefässe der Körperhöhlen wirkt, wie Buchner durch Versuche an Tieren bewies, muss für dessen ausgebreitete Verwendung in der Heilkunde von der allergrössten Bedeutung sein. Dadurch ist die Möglichkeit einer aktiven therapeutischen Einwirkung auf die infektiösen Prozesse in den Geweben oder Eingeweiden gegeben durch Applikation von Alkoholverbänden auf die äussere Hautdecke der betreffenden Region. Die von Buchner angeführte Eigenschaft, dass der Alkohol auf die Hautgefässe des Anwendungsortes weniger intensiv einwirke als auf die Muskel- und übrigen tiefer gelegenen Gefässe, würde gerade von Vorteil sein wegen der Möglichkeit einer mehr protrahierten Anwendung bei hartnäckigen, chronischen Prozessen, ohne dabei grössere Störungen in der Ernährung der Haut fürchten zu müssen.

Als sprechenden Beweis für die Wirksamkeit des Alkohols bei richtiger Anwendung führt Buchner die Heilung der Zahnkaries und Konservierung des angegriffenen Zahnbeines an; hiebei wurden die Zähne und das Zahnfleisch nur täglich zweimal mit 45% Alkohol mit einer Zahnbürste kräftig benetzt und gescheuert.

Durch die wissenschaftliche Beleuchtung und den weiteren Ausbau der Alkoholtherapie hat Buchner neuerdings seine schon vor Jahren aufgestellte Theorie über die proteolytische Enzymwirkung der Körpersäfte und vor allem des Blutes praktisch nutzbar gemacht.

Die Heilkunde hat sich auf den verschiedenen Gebieten der Alkoholbehandlung bemächtigt, und die schönen Resultate, welche seit deren Einführung in die Chirurgie erzielt wurden, berechtigen zu der frohen Hoffnung, dass auch in anderen Zweigen der Medizin die

Zweckmässigkeit der therapeutischen Verwendung des Alkohols sich erweisen dürfte und ihm dauernd ein Platz in der Heilkunde gesichert bleibe.

In der Gynäkologie war der Alkohol schon früher mit gutem Erfolge bei Puerperalfieber intrauterin angewandt worden, wie eine Publikation von Dr. med. Carossa vor mehreren Jahren zeigt.

Dieser wendete die so erfolgreiche antiseptische Behandlung infizierter Wunden in analoger Weise auf den puerperal erkrankten Uterus an, dessen schwer zugängliche Wundfläche allerdings eine besondere Methode erfordert.

Diese besteht in folgendem: In den Uterus wird ein Katheter eingeführt, dann das Cavum uteri mit hydrophiler Gaze nur leicht tamponiert; an dem herausragenden Teile des Katheters wird ein Gummischlauch befestigt, der zweckmässig in einen Trichter endet. Durch diesen werden stündlich bei Tag und Nacht 2—3 Esslöffel eines 20%—25% Alkohols in den Uterus gegossen. Der Tampon wird alle 2 Tage erneuert, wenn man annehmen kann, dass viel Sekret da ist. Dem Alkohol fügt Carossa eventuell noch ein Desinficiens, so Rotterin, bei.

Die günstige Wirkung des so angewandten Alkohols erklärt sich Carossa auf Grund der physikalischen, teilweise auch der chemischen Eigenschaften desselben. Die vom flüssigen Alkohol nicht bespülten Teile der Uterinwand werden von dem verdampfenden Alkohol durchdrungen, der nicht resorbierte Teil schlägt sich auf der Wand als tropfbarer Tau nieder und bedingt, besonders in Verbindung mit der stündlich wiederholten Eingiessung, eine beständige, zersetzungswidrige Berieselung der erkrankten Partien, gleichzeitig die Sekrete mit sich fortführend. Den Abfluss der Sekrete kann man zweckmässig noch befördern durch eine, alle 24 Stunden wiederholte Spülung mit keimfreiem, lauem Wasser.

Dr. Carossa betont also mehr die physikalische Wirkung des Alkohols als Ursache des guten Erfolges, die chemische nur nebenbei. Und doch dürfte bei der Erklärung der Wirkungsweise des Alkohols auch bei dieser Methode das Hauptgewicht mehr auf dessen chemische Eigenschaften gelegt werden. Ein grosser Teil der mit dem Uteruskatheter im Verlaufe von Stunden eingeführten, nicht unbeträchtlichen Alkoholmenge verdampft, reizt, im gasförmigen Zustande in die Tiefe und alle Buchten des Uterus dringend, die Gefässnerven und veranlasst so einen starken Blutzufluss, eine bessere Zirkulation. Dadurch werden einerseits die unter dem zerfallenden Gewebe liegenden Partien des Uterus besser ernährt, also widerstandsfähiger ge-

macht, so dass eine Demarkation leichter eintreten kann, andererseits werden durch den starken Blutzufluss eine Menge antibakterieller Schutzstoffe in die bedrohten Gewebe geschafft, wodurch dann die Entwickelung der Bakterien mit Erfolg gehemmt wird.

Wir selbst waren auf der gynaekologischen Abteilung nicht in der Lage, den Alkohol bei Puerperalfieber anzuwenden und können daher aus eigener Erfahrung dem Berichte Carossas nichts hinzufügen.

Hier sei noch kurz ein mir von J. Amann jr. aus seiner Privatpraxis zur Verfügung gestellter Fall von Pruritus vulvae erwähnt. Derselbe betraf eine ältere Frau mit tabischen Symptomen. Das quälende Leiden konnte nach vielen vergeblichen Versuchen mit den sonst üblichen Mitteln erst durch Waschungen und Kompressen mit Alkohol behoben werden.

In neuester Zeit wurde bei den entzündlichen Veränderungen des weiblichen Geschlechtstractus von den Bauchdecken aus mit Alkoholkompressen und von der Vagina aus mit Alkoholtampons eine Einwirkung zu erzielen gesucht. Die Verhältnisse liegen hier von vorneherein für die Erfolg versprechende Anwendung des Alkohols bedeutend schwieriger, einerseits wegen der geschützten Lage der Teile im Becken, zumal wenn auch noch die Bauchdecken und umgebenden Weichteile sehr fettreich und massig sind, andererseits, weil keine direkte Gefäss- oder Nervenverbindung zwischen den Bauchdecken und den Beckenorganen besteht.

Trotzdem ist nach den Versuchen Buchners eine Einwirkung des Alkohols von den Bauchdecken aus auf die Gefässe der Bauchhöhle möglich und zwar ohne Vermittlung des Zentralnervensystems. Nach von Winckel kann ein zentral vermittelter, nervöser Einfluss für die Erklärung der Hyperaemie, wie überhaupt für die Vorgänge im weiblichen Geschlechtstraktus ganz gut entbehrt werden, ohne dass Ausfallserscheinungen eintreten, wie dies nachgewiesen ist dadurch, dass trotz Durchschneidung des Rückenmarks in der Höhe des II. Lendenwirbels noch Konzeption, Gravidität und eine regelrechte Geburt stattfand, und auch noch die Kongestionen regelrecht eintraten.

Bei der Einwirkung des Alkohols von den Bauchdecken auf die Abdominalgefässe handelt es sich nach Buchner um eine lokale, oder besser gesagt, regionäre Wirkung im Sinne der Wärmestrahlung. Da der Alkohol auf die oberflächlichen Hautgefässe weniger wirkt, wie schon erwähnt, so wird hauptsächlich in den unter der Haut ge-

legenen Gefässen der Bauchdecke eine stärkere Fluxion entstehen: die hiebei entstehende starke Erwärmung mit Gefässerweiterung wird sich fortpflanzen auf das parietale Peritoneum und wegen der Kontiguität des letzteren auch auf das viscerale Blatt. Auf diese Weise wäre dann die Hyperaemie der Abdominalgefässe durch Erweiterung der zuerst vom Wärmereiz getroffenen Gefässe der Bauchdecken hervorgerufen.

Dass überhaupt von den Bauchdecken aus auf die Blutfüllung der Abdominalgefässe gewirkt werden kann, beweisen uns schon die klaren Ergebnisse der Hydrotherapie. Nach von Hösslin sind die wichtigsten hydropathischen Kurmethoden gerade auf dem Prinzipe aufgebaut, „den Blutreichtum bestimmter Organe vorübergehend oder dauernd abzuändern." So entsteht bei Kälteeinwirkung auf die Haut des Abdomens in Form von kühlen Sitzbädern von kurzer Dauer, feuchten Kompressen, welche gürtelförmig um den Leib gelegt werden, primär auf der Haut und in den vom Nervus splanchnicus versorgten Abdominalgefässen eine Vasokonstriktion mit einer nachfolgenden sekundären Hyperaemie.

Manche Erscheinungen, die wir bei Reizung sensibler Nerven auftreten sehen, scheinbar nicht proportional dem gesetzten Reize und in einem fernen Gebiete entstehend, sind noch nicht genügend aufgehellt.

Der bekannte Physiologe Hermann sagt: Die Erregung sensibler Nervenendigungen kann unter gewissen Bedingungen eine Verengerung der Gefässe eines bestimmten Bezirkes oder eine Erhöhung des Blutdruckes unabhängig von der Herzthätigkeit zur Folge haben, unter anderen Bedingungen aber eine Erweiterung der Blutgefässe oder ein Sinken des Blutdruckes.

Von Hösslin führt eine Reihe von Autoren an, die derartige Beobachtungen gemacht haben. „So fanden Grützner und Heidenhain, dass nach ganz minimalen Hautreizen, wie z. B. Anblasen, eine bedeutende Blutdrucksteigerung hervorgerufen werden kann, während oft starke Reize dies nicht bewirken, den Blutdruck sogar herabsetzen. Nasen- und Meningealgefässe verengern sich sehr rasch bei kalten Sitzbädern und diese bringen daher oft Nasenbluten und Congestionen zum Schwinden. Die Lungengefässe contrahieren sich, wenn man die Vorderarme in kaltes Wasser steckt, nicht aber, wenn man kalte Fussbäder nimmt; Zahnschmerzen werden durch kalte Fussbäder, nicht durch andere Badeformen gelindert (Runge). Bei Eisumschlägen auf den Bauch von Katzen contrahieren sich die Blutgefässe des Kehlkopfes und der Luftröhre aufs äusserste (Ross-

bach und Aschenbrandt).“ Diesen Beispielen nervösen Einflusses auf die Cirkulation kann man noch anfügen die Erscheinungen beim Goltz'schen Klopfversuch am Frosche; hiebei zeigt der Sektionsbefund, dass die Abdominalvenen kolossal gefüllt, die übrigen Gefässe aber sehr blutarm sind; das Tier ist an innerer Verblutung in die Abdominalgefässe und Anämie der übrigen Organe zu grunde gegangen.

Von Hösslin empfiehlt bei chronisch-entzündlichen Prozessen eine ableitende Methode zur Herbeiführung einer besseren Circulation und Beschleunigung der Resorption. In diesem Sinne wirkt die aktiv-congestive Methode durch Kältereiz auf die Haut; neben der sekundären, hyperämisierenden Wirkung hält sie auch den Gefässtonus aufrecht, während bei der passiv-congestiven Methode durch Wärmeapplikation eine Erweiterung der Gefässe und Verlangsamung der Cirkulation eintritt. Kisch hebt die guten Erfolge der feuchtwarmen Wickel bei chronischer Metritis hervor; sie wirken „entschieden schmerzstillend, beruhigend und resorptionsbefördernd“.

Betreffs der Wirkungsweise der hydropathischen Prozeduren ist es nach von Hösslin schwer, zu entscheiden, ob sie auf dem Wege oberflächlicher Vasokonstriktion eine collaterale Hyperämie erzeugen, oder ob diese auf reflektorischem Wege von sensiblen Nerven aus erregt wird: beide Wirkungen werden sich häufig combinieren.

Nach den Versuchen Buchners mit subkutanen Injektionen des Alkohols in die Rückenhaut von Tieren zur genaueren Feststellung der Wirkungsart des Alkohols handelt es sich „in den positiven Fällen bei der Injektion in die Bauchdecken nicht um eine zentral vermittelte Wirkung, sondern um eine lokal-ausstrahlende, die sich von der Bauchwand sympathisch auf die sehr empfindlichen Gefässnerven des Intestinaltractus unter Umständen fortsetzen kann.“

Ob aber die Wirkung des Alkohols bei seiner Anwendung auf die Haut in Form von feuchtwarmen Umschlägen mit impermeablem Stoffe, wo der Reiz des flüssigen und nach der starken Erwärmung der Haut in Dampfform flüchtigen Alkohols einwirkt, die gleiche ist wie bei Injektion in die Gewebe, bei der die Resorptionswirkung des Alkohols in den Vordergrund treten dürfte, oder ob von der Haut aus doch auch noch die Reflexwirkung sensibler Bahnen analog den hydropathischen Prozeduren mitwirkt, beansprucht hier nur theoretisches Interesse. Die Wirkung der Alkoholverbände ist jedenfalls eine viel intensivere, wie die Versuche Buchners am Arme von Menschen beweisen, wo bei Alkoholverbänden eine Steigung der Quecksilbersäule am Sphygmomanometer von Riva Rocci um

12 mm stattfand, bei Priessnitz'schen Umschlägen aber, in der nämlichen Weise ausgeführt, nur eine solche von 6,6 mm: die Wirkung ist nach diesen Versuchen fast eine nochmals so starke.

Der Erfolg der Alkoholverbände beruht nach Buchner auf einer „Vermehrung der durch die betreffenden Organteile in der Zeiteinheit hindurchströmenden Blutmenge, womit all die Wirkungen, welche das Blut überhaupt auszuführen vermag, insbesondere also auch die resorptiven und bakterienfeindlichen, im erhöhten Masse zur Geltung kommen müssen. Der Alkoholverband wirkt also gerade in der Weise, wie wir es für unsere Zwecke, zur Bekämpfung infektiöser Prozesse, am besten gebrauchen können, indem er uns in den Stand setzt, die Infektionserreger mit fortwährend erneuten Mengen von antibakteriellen Blutstoffen in Contakt zu bringen."

„Angeregt durch die Versuche Professor H. Buchners und im Anschlusse an eine diesbezügliche Besprechung mit demselben" hat Herr Privatdozent Dr. J. A. Amann, Vorstand der k. gynäkologischen Klinik im Allgemeinen Krankenhause München l. I., die Alkoholtherapie in einer grossen Anzahl von Fällen entzündlicher Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus in Anwendung gebracht, worüber er im ärztlichen Verein München ein kurzes Referat brachte als erste Mitteilung über systematisch ausgeführte Alkoholbehandlung in grösserem Masstabe bei gynäkologischen Affektionen.

Im Nachfolgenden sei es mir gestattet, die mit Alkoholbehandlung bei entzündlichen Veränderungen des weiblichen Genitaltractus gewonnenen Erfahrungen und Resultate auf der gynäkologischen Abteilung des Herrn Privatdozenten Dr. J. A. Amann niederzulegen.

Mein Bericht erstreckt sich über 70 derartige Fälle, die ich fast alle als Coassistent dieser Klinik beobachtet habe. Zum Vergleiche habe ich noch die Resultate von 26 mit Ichthyolglycerintampons behandelten Fällen zusammengestellt. Die Auswahl der Krankengeschichten, die zwecks einer einheitlichen Beurteilung sämtliche nach dem angegebenen Schema I bearbeitet wurden, richtete sich in beiden Fällen nur nach dem Eintrittsdatum der Kranken des von mir bearbeiteten Zeitraumes ohne Rücksicht auf den Erfolg der jeweilig angewandten Therapie.

Die Methode der Alkoholanwendung war folgende:

Ueber das Abdomen, einschliesslich der seitlichen Partien von der Symphyse aufwärts bis über Nabelhöhe wurde eine, mit Alkohol (anfangs 60%, später 95%) befeuchtete Leinwandkompresse gelegt

und mit Guttapercha, beziehungsweise einem anderen, impermeablen Stoffe möglichst luftdicht abgeschlossen. Zur Befestigung diente eine Flanellbinde von 10—15 cm Breite und 8—10 m Länge. Diese Alkoholkompresse wurde täglich dreimal appliciert, morgens, mittags und abends, selten öfter. Vaginal wurden gleichzeitig, in einigen Fällen auch allein, mit 30% Alkohol beteuchtete Tampons angewandt, welche erst am anderen Tage entfernt wurden; im Anschlusse daran Irrigation der Vagina mit 1% Lysollösung. Bettruhe, solange schwerere, subjektive Störungen und grössere Tumoren vorhanden waren. Oefters Massage. Reizlose, gemischte Kost. Während der Menstruation wurde die Behandlung ausgesetzt.

In der Regel wird der Alkohol in dieser Weise von den Kranken auf die Dauer ertragen. In den ersten Tagen der Anwendung stellte sich allerdings bei einem grossen Teile der behandelten Patientinnen vermehrte Schmerzempfindung im Abdomen ein, bei einigen sogar mit einer solchen Intensität und mit Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung, dass die Alkoholkompressen, welche diese Symptome hauptsächlich verursachen, für einige Tage entfernt werden mussten. Im Laufe der ersten bis längstens zweiten Woche ertrugen aber auch diese, deren Nervensystem auch sonst vielfach leicht erregbar war, die Alkoholkompressen sehr gut. Wenn man wegen der starken Schmerzsteigerung am Anfange der Behandlung mit Alkohol dessen weitere Anwendung inhibiert, kann man natürlich zu keinem befriedigenden Resultate kommen; eine derartige Methode ist nicht einwandfrei und erlaubt daher durchaus nicht die weitgehenden Schlüsse, wie sie Dr. L. Seitz bei seinen Versuchen in der Münchener Universitäts-Frauenklinik auf dem gleichen Gebiete zog.

Oefters entstand auch schon in der ersten Zeit der Behandlung eine Alteration der Hautdecken an der Applikationsstelle des Alkohols, eingeleitet durch ziemlich starke, brennende Schmerzen; die Haut zeigte sich dabei gerötet, an einzelnen Stellen manchmal sogar mit kleinen Blutaustritten, wie wir dies oft auch bei rein hydropathischen Prozeduren sehen. Diese Symptome schwanden rasch bei Aussetzen der Alkoholbehandlung während einiger Tage und Bestreuen der geröteten Stellen mit Streupuder oder Einfetten mit Vaselin.

In allen Fällen länger dauernder Alkoholbehandlung zeigte sich eine bräunliche, fleckenförmige Pigmentierung der getroffenen Hautpartien in der Ausdehnung der Compresse mit Abschilferung der Epidermis meist in kleinen Schuppen, selten in grösseren Partien. Ein weiterer grosser Teil der Behandelten hatte gleich anfangs nach den ersten Applikationen eine beträchtliche Erleichterung der

Schmerzen, verbunden mit einem angenehmen Wärmegefühl im Leibe, manche sogar mit Schweissausbruch. Einige Patientinnen gaben an, dass die Schmerzen ganz aufgehört hätten, solange die Compresse noch nicht trocken gewesen sei. In der späteren Zeit der Behandlung hörten die Schmerzen, fast ohne Ausnahme, immer auf bei allen Patientinnen. Nur in ganz wenigen Fällen konnte man weder subjektiv noch objektiv eine Besserung aufweisen.

Die vaginale Anwendung 30% Alkohols bedingt lokal zunächst eine Blässe der mit Alkohol direkt in Berührung kommenden Teile, Portio vaginalis uteri und oberer Teil der Vagina, später erst tritt Rötung auf. Im weiteren Verlaufe konnte man bei längerer Dauer und konstanter Anwendung Abstossung des Epithels, in der Vagina schuppenförmig, an der Portio öfters in grösseren Lamellen beobachten, unter denen dann das neue Epithel sich sehr schön gerötet fand. Diese Epithelabschilferung mit Trockenheit der Vagina wurde besonders mit der Abnahme des Ausflusses aus dem Uterus bemerkt. Dem Sekrete waren anfangs nicht selten geringe Mengen Blutes beigemengt, ohne dass Erosionen zu sehen waren. Vorhandene Erosionen zeigten bei Alkoholbehandlung bald Tendenz zur Heilung. Die Entstehung von Erosionen wurde nur in einem Falle beobachtet, wo 50% Alkohol angewendet wurde bei einer Patientin, die schon längere Zeit mit 30% behandelt worden war und nach eigener Angabe bei deren Applikation keine Wirkung mehr verspürte. Der Tampon war nur einmal eingelegt worden; es zeigten sich hiebei aber ganz beträchtliche fleckenförmige Epithelverluste, kleine Blutaustritte in das Epithel an anderen Stellen. Der Tampon wurde weggelassen und die Vagina, solange Substanzverluste vorhanden waren, nur mit nicht reizenden Flüssigkeiten gespült. Bei dieser Behandlung rasche Heilung der Defekte. In einem Fall wurden neben Alkoholcompressen auf die Bauchdecken Glycerintampons vaginal angewandt; die Epithelabschilferung wurde auch hiebei ebenso wie bei dem sonst gebrauchten 30% Aethylalkohol beobachtet.

Die Dauer der Behandlung war verschieden; ärztlicherseits wurde sie so lange fortgesetzt, als noch pathologische Erscheinungen vorhanden waren, die für die betreffende Kranke eine Berufsstörung bilden mussten. Manche der Behandelten benützten jedoch die Freiheit des Austrittes aus dem Krankenhause und entzogen sich der ärztlichen Behandlung, indem sie sich trotz eingehender Belehrung mit dem Schwinden der subjektiven Beschwerden, in erster Linie der sehr oft intensiven Schmerzen, für völlig gesund hielten. Da die meistens hiebei noch vorhandenen, nicht unbedeutenden objektiven

Veränderungen über kurz oder lang bei stärkerer, körperlicher Anstrengung sich subjektiv unangenehm bemerkbar machen mussten, die Kranken aber aus wenig begreiflichen Gründen es vielfach vorziehen, in andere Behandlung sich zu begeben, so können derartige Fälle eine Methode in den Augen nicht Eingeweihter leicht in Misskredit bringen. In einzelnen Fällen wurde die konservative Behandlung abgebrochen, da ein operativer Eingriff als indiciert erachtet wurde.

Der Einfluss auf das subjektive Befinden war mit verschwindender Ausnahme ein sehr guter. Als grosse Wohlthat wurde von Seite der Patientinnen, die oft wegen der intensiven Schmerzen Nächte lang nicht oder nur wenig schlafen konnten, die Wiederkehr einer ungestörten Nachtruhe empfunden. Nur bei ganz nervösen Personen blieb die Besserung, auch in diesem Punkte, etwas länger aus. Einige von diesen klagten nicht selten, nachdem sie während des Tages nach Applikation der Alkoholcompressen in festen Schlaf verfallen waren und selbst zur Einnahme der Mahlzeit geweckt werden mussten, auch noch über „unruhige Nächte".

Der Appetit war nur in den schwereren Fällen auffallend gestört und kehrte fast immer mit dem Schwinden der Schmerzen wieder.

Die Menstruation wurde bei einer Anzahl von Patientinnen mit Dysmenorrhoe insofern beeinflusst, als die Beschwerden schwanden oder wenigstens geringer wurden. In wenigen Fällen änderte sich der ganze Typus durch früheren Eintritt der Menses um eine Woche und stärkeren oder geringeren Blutverlust.

Die Defaecation wurde bei einer grösseren Anzahl von Fällen chronischer Constipation in auffallend günstiger Weise beeinflusst. Der Eintritt von Verstopfung während der Behandlung wurde trotz der veränderten Lebensweise der Patientinnen selten beobachtet.

Die vielfach vorhandene Dysurie von wechselnder Intensität, die einige Male bis zur Ischurie sich steigerte, bedurfte nur in den hartnäckigen Fällen einer lokalen Therapie. Sonst verschwanden nach 10—14 Tagen die lästigen Beschwerden.

Der Puls zeigte in den beobachteten Fällen 25—30 Minuten nach der Applikation der Alkoholcompressen eine Beschleunigung von 10—15 Schlägen in der Minute, nach etwa einer Stunde war die Frequenz wieder annähernd die gleiche wie vor der Behandlung, doch war der Puls voller.

Eine stossweise Temperatursteigerung bis 38° C. wurde mehrmals beobachtet; in einigen Fällen war während der zweiten

Hälfte der Behandlungszeit die Temperatur durchschnittlich um 0,4—0,5° C. höher als im ersten Abschnitte.

Die Grösse und Konsistenz der pathologisch veränderten Gewebe, sowie deren Druckempfindlichkeit zeigte verschiedenes Verhalten. Meistens konnte ein Rückgang der Schwellung oft ganz bedeutend grosser Tumoren beobachtet werden, bei einer grösseren Anzahl schwand sie ganz. Eine genaue Feststellung der Grösse und Provenienz der Tumoren ist in vielen Fällen nicht möglich; differentialdiagnostisch kommen hier in Betracht die oft fast kindeskopfgrossen Tumoren der Adnexe und in Schwarten eingebettete Exsudatmassen. In allen Fällen aber muss darnach getrachtet werden, eine möglichst exakte Diagnose zu stellen, wenn dies auch für die konservative, resorbierende Behandlung nicht gerade notwendig wäre. Einige Male wurde die Beobachtung gemacht, dass die Tumoren sich anfangs nicht unbeträchtlich unter der Alkoholtherapie vergrösserten, dann aber im weiteren Verlauf der Behandlung fast völlig schwanden. Nur bei wenigen war der Einfluss auf den objektiven Befund ein unbedeutender. Die Druckempfindlichkeit der veränderten Partien, sowie der Fluor zeigten in ihrer Abnahme einen rascheren Fortgang als die Abschwellung der Tumoren.

Der allgemeine Ernährungszustand liess eine wesentliche Hebung erkennen, der Haemaglobingehalt des Blutes nahm dementsprechend zu.

Im einzelnen nun waren von den 70 mit Alkohol behandelten Fällen, nach den Hauptsymptomen der Krankheiten geordnet:

33 Erkrankungen des Endometriums und Perimetriums,
10 Erkrankungen des Endometriums und Parametriums,
26 Erkrankungen des Endometriums und der Adnexe, öfters unter Mitbeteiligung des Perimetriums,
1 Fall von Kolpitis.

Davon wurden 20, also 28,5% mit 896 Krankentagen vollständig geheilt. (Als geheilt wurden nur diejenigen entlassen, bei denen alle pathologischen Symptome verschwunden waren.) Mit Rücksicht auf den Enderfolg können hieher noch 4 bei den anderen Kategorien Eingereihte gerechnet werden, die zuletzt operativ geheilt worden sind.

Von 2 Patientinnen, also 2,9% mit 49 Krankentagen, wurde eine bei subjektivem Wohlbefinden ohne objektive Besserung auf eigenes Verlangen entlassen, die andere operativ geheilt.

In 11 Fällen, also 15,7%, mit 489 Krankentagen, wurde subjektiv und objektiv eine Besserung konstatiert; eine Patientin wurde nachträglich mit gutem Erfolge operiert.

Bei 3 Patientinnen, also 4,3%, mit 76 Krankentagen, trat eine subjektive Besserung ein, während der objektive Befund der gleiche blieb. Zwei davon waren nach ganz kurz dauernder Behandlung auf eigenes Verlangen entlassen worden, eine wurde wegen eines intercurrierenden Leidens auf die chirurgische Abteilung verlegt.

Bei 3 Kranken, also 4,3%, mit 80 Behandlungstagen, wurde weder subjektiv noch objektiv eine Besserung beobachtet; davon waren 2 nach 14, beziehungsweise 18tägiger Behandlung auf eigenes Verlangen entlassen worden, während eine nach längerer konservativer Behandlung mit gutem Erfolge operiert wurde.

In den noch übrigen 31 Fällen, also 44,3%, mit 1421 Krankentagen wurde subjektiv Wohlbefinden und objektiv bedeutende Besserung erzielt. Eine von diesen wurde operativ geheilt. Manche dieser Kategorie könnten bei einem weniger strengen Kriterium als geheilt betrachtet werden. Thatsächlich waren bei einer Patientin, die später wegen Exacerbation eines chronischen Gehörleidens in Krankenhausbehandlung kam, nach deren eigener Angabe nie mehr Unterleibsbeschwerden aufgetreten.

1. B. Th., 28 Jahre alt, Köchin. D. (= Diagnose): Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dextra. Retroversio uteri. — Heftige Schmerzen im Kreuze und in der rechten Seite seit 7 Monaten, ebensolange Ohnmachtsanfälle. B. (= Behandlung): 60% A.-C. (= Alkohol-Compressen), 30% A.-T. (= Alkohol-Tampons); reizlose gemischte Kost. B.-D. (= Behandlungs-Dauer): 27 Tage. — Die Schmerzen, in den ersten Tagen von wechselnder Intensität, verschwanden, Schlaf und Appetit wurden gut. Patholog. Befund am Genitaltractus geringer, Druckempfindlichkeit geschwunden. Anfälle traten nicht mehr auf. Subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert auf eigenes Verlangen entlassen.

2. B. O. 17 J., Dienstmädchen, Nullipara. D.: Endometritis gonorrhoica, Perisalpingo-oophoritis sin., Chlorosis. — Seit 2 Monaten starke Schmerzen im Leibe und im Kreuze; Schlaf und Appetit gering; schleimig-eitriger Ausfluss, Dysmenorrhoe, Dysurie, Constipation mit Abgang von schleimig-häutigen Fetzen bei der Defaecation. B.: 96% A.-C., 30% A.-T., Reinigungsklystier und Darmspülung mit essigsaurer Thonerde, reizlose gemischte Kost. B.-D.: 35 Tage. — Schmerzen während der ersten 4 Tage stärker nach A.-C., dann nachlassend und von wechselnder Intensität, endlich ganz aufhörend. Schlaf und Appetit schon nach 4 Tagen besser; fluor geringer, aber noch gelblich; Miction nach 14 Tagen ohne Beschwerden; Menses mit geringeren Schmerzen verbunden und geringerer Blutung; die geringgradige Vergrösserung der

Adnexe geschwunden, dagegen noch leichte Druckempfindlichkeit. Pat. wurde auf Veranlassung der Verwaltung, subjektiv und objektiv gebessert, entlassen.

3. A. M., 35 J., Köchin, Primipara. — D.: Endometritis, Myoma subserosum. — Seit 8 Wochen Schmerzen im Leibe und im Kreuze, Fluor seit Conception, Dysmenorrhoe, häufig Constipation. B: 60% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 49 Tage. — Im Laufe der ersten 4 Wochen bedeutende Besserung, dann plötzlich Fieber (38,4°), Erbrechen, Schlaf- und Appetitlosigkeit, starke Schmerzhaftigkeit rechts im Abdomen, Ileocoecalgegend sehr druckempfindlich. B.: Aussetzen der Alkoholbehandlung. Anwendung der Eisblase auf die schmerzhafte Stelle. — Nach 4 Tagen Rückkehr des subjektiven Wohlbefindens, bei Alkoholbehandlung nur mehr geringer Fluor, keine Druckempfindlichkeit im Genitaltractus. Constipation besteht fort. Menses während der Behandlung nicht eingetreten. Allgemeiner Ernährungszustand sehr gebessert, Hgb.-Gehalt 90%. Patientin wird auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

4. L. M., 25 J., Köchin, Nullipara. D.: Urethritis gonorrhoica und Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dextra. — Stechende Schmerzen im Leibe links und im Kreuze, besonders beim Gehen und beim Bücken, Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe, Dysurie. — B.: anfangs 60%, später 90% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 67 Tage. — 96% A.-W. verursachten anfangs brennende Schmerzen auf der Haut und starkes Wärmegefühl im Leibe. Schmerzen nahmen nach 14tägiger Behandlung wechselnde Intensität an, waren im allgemeinen geringer und hörten schliesslich ganz auf. Dysurie nach 8 Tagen geschwunden; Fluor kaum noch vorhanden; R. Adnexe noch leicht fixiert und gering geschwellt. Gegen Schluss der Behandlung leichte Verstopfung auftretend. Während der Behandlung zweimal menstruiert, das erste Mal nach 4 Wochen mit starkem Blutverluste und geringen Beschwerden, das zweite Mal nach 3wöchentlicher Pause mit unbedeutenden Beschwerden und geringer Blutung; der allgemeine Ernährungszustand hob sich, Haemaglobingehalt nahm zu, 97%. — Patientin wurde, subjektiv schmerzfrei, objektiv bedeutend gebessert, entlassen.

5. K. J., 31 J., Kinderfrau, Multipara (V). D.: Endometritis chronica, Metritis, Erosionen an der Portio, Hysterie. — Starke Schmerzen im Kreuze, Schwindelgefühl, Fluor, Menstruation atypisch; Ohnmachtsanfälle; Defaecation unregelmässig; seit mehreren Jahren Lähmung der r. unteren Extremität. B.: 60% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 14 Tage. — Während der 2wöchentlichen Behandlung zeigte sich weder subjektiv noch objektiv eine besondere Besserung.

6. W. Th., 28 J., Köchin, Nullipara. D.: Endometritis, Perimetritis, Hypertrophia portionis uteri. — Seit 3 Wochen starke Leib- und Kreuzschmerzen, Fluor gering, Menses atypisch. Dysmenorrhoe, öfters Constipation. B.: 60% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 15 Tage. — Patientin wurde schmerzfrei, Menses traten während der Behandlung nicht ein, Defaecation war ohne Beschwerden. Der objektive Befund zeigte wenig Aenderung. Auf Verlangen entlassen.

7. E. Ph., 18 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, Perioophoritis dextra. — Schmerzen in der Hüftgegend und im Kreuze, Appetit wenig, geringer Fluor, Menses unregelmässig, Constipation. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose gemischte Kost. B.-D.: 46 Tage. — Nach A.-C. traten anfangs stärkere Schmerzen auf, nach 5—6 Tagen waren sie von wechselnder Intensität und hörten schliesslich ganz auf; Appetit besserte sich rasch; Fluor wurde etwas stärker, dann aber gering; Defaecation war schon nach 8 Tagen regelmässig; Menstruation trat während der Behandlung nicht ein. Adnexe rechts beweglich, mässig druckempfindlich. Der allgemeine Ernährungszustand der Patientin hob sich. Sie wurde bei subjektivem Wohlbefinden und objektiv bedeutend gebessert entlassen.

8. B. M., 23 J., Kellnerin, Nullipara. D.: Urethritis, Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dextra, Retroversio uteri. — Seit ca. 5 Wochen Schmerzen im Leibe, Fluor seit 3 Jahren, seit 5 Wochen stärker, Dysurie, öfters Constipation, Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., Massage; reizlose gemischte Kost. B.-D.: 24 Tage. Schmerzen im Leibe wurden in der ersten Woche stärker, dann nahmen sie an Intensität ab und nach 15 Tagen hörten sie ganz auf; Fluor bei Entlassung nur mehr mit geringen gelblichen Beimengungen gemischt; Brennen bei der Miction nach 8 Tagen vorüber, Menses mit geringen Schmerzen verbunden; Constipation wurde nicht beeinflusst; r. Adnexe nicht mehr geschwellt, beweglich, Uterus nach wiederholter Massage anteflectiert. Allgemeiner Ernährungszustand sehr gebessert. Patientin wurde subjektiv schmerzfrei, objektiv sehr gebessert, entlassen.

9. R. F., 22 J., Kassiererin, Nullipara. — D.: Perimetritis post., Endometritis. — Seit 1 Monat Leib- und Kreuzschmerzen; Menses unregelmässig, seit 6 Tagen Constipation, leichter Fluor. — B.: 30 % A.-T., Massage, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 12 Tage. — Schmerzen liessen nach 3 Tagen nach und verschwanden schliesslich ganz, Defaecation nach 3 Tagen wieder regelmässig, Fluor schleimig-glasig; Ut. antefl., beweglich, nicht druckempfindlich, Adnexe frei, Patientin wurde geheilt entlassen.

10. K. E., 23 J., Näherin, Primipara. — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis sin. — Seit ca. 12 Tagen Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes; Fluor seit der Entbindung, Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe; gegenwärtig ohne Beschwerden bei der Miction, Constipation. — B.: 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 16 Tage. — Nach 2 Tagen schmerzfrei, Constipation behoben, Fluor bei Entlassung nur mehr gering, Miction ohne Beschwerden; Menses während der Behandlung nicht eingetreten; l. Adnexe leicht druckempfindlich, beweglich, nicht mehr vergrössert. Allgemeiner Ernährungszustand gehoben. Patientin wurde, subjektiv ohne Beschwerden, objektiv gebessert, entlassen.

11. R. A., 27 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dupl.; Chlorosis (Hgb. 75 %). — Nach Angabe seit 14 Tagen starke Leib- und Kreuzschmerzen, besonders stark vor Eintritt der Menstruation. Menses unregelmässig; Schlaf unruhig, Appetit gering, Fluor, Constipation. Adnexe fixiert, leicht vergrössert, sehr stark druckempfindlich. — B.: 60 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost.

B.-D.: 79 Tage. — Schmerzen im Leibe und Kreuze wurden geringer, traten nur mehr stärker auf vor Eintritt der Menses, die während der Behandlung dreimal erfolgten, das letzte Mal mit stärkerem Blutverluste, sonst ohne Beeinflussung; gegen Schluss der Behandlung nur mehr ab und zu geringe Kreuzschmerzen. Schlaf und Appetit schon nach Ablauf der ersten Woche gut, Constipation blieb bestehen. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich sehr gehoben. Patientin wurde subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

12. H. A., 20 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophorit. dextra, Chlorosis (70 % Hgb.). — Seit ca. 1 Monat häufige Schmerzen im Leibe rechts und im Kreuze, besonders intensiv während der Menses; Schlaf und Appetit gering; Fluor seit ½ Jahre, Menstruation unregelmässig. — B.: 60 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 33 Tage. — Schmerzen nach ca. 2wöchentlicher Behandlung gering, flackerten aber bei Eintritt der Menses am Schlusse der Behandlung wieder heftig auf, um nachher fast ganz zu verschwinden. Schlaf und Appetit wurden gut; Fluor anfangs stärker, dann geringer, bei Entlassung nur noch leicht vorhanden; r. Adnexe nur mehr leicht fixiert, leicht druckempfindlich. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gebessert. Patientin wird als subjektiv und objektiv fast ganz ohne Beschwerden entlassen.

13. G. B., 59 J., Näherin, Multipara (XII, 2 Abortus). — D.: Endometritis, Metritis, Descensus der vorderen Vaginalwand. — Patientin befindet sich in der Menopause; seit ca. 1 Jahre stärkere Kreuzschmerzen, Schmerzen im Leibe beim Sitzen und Stehen, Schmerzen in der Blasengegend bei der Miction; Fluor. — B.: 60 % A.-C., 30 % A.-T., Salol, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 24 Tage. — Die Schmerzen im Leibe wurden anfangs nach A.-C. so stark, dass diese für 2 Tage weggelassen wurden; bei Wiederapplication wurden sie sehr gut ertragen und verursachten nach Angabe der Patientin ein angenehmes Wärmegefühl im Leibe und Linderung der Schmerzen, deren Intensität am Schlusse der Behandlung nur mehr sehr gering war; Fluor gering. Blasenbeschwerden verschwanden. Nach Einlage eines Pessars wird Patientin subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

14. V. D., 22 J., Dienstmädchen, Primipara. — D.: Urethritis, Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dupl., Salpingo-oophorit. dupl., Perimetritis post., Retroflexio uteri fixata II. Grad. — Starke Schmerzen im Leibe, seit 3 Tagen so intensiv, dass Patientin sich kaum mehr aufrecht halten konnte; Appetit und Schlaf gering; Dysurie; seit 3 Monaten Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe; Fluor reichlich schleimig eitrig; Constipation. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose gemischte Kost. B.-D.: 64 Tage. — Bei Anwendung der A.-C. strahlten in der ersten Woche die Schmerzen im Leibe mehr über das ganze Abdomen aus, Körperbewegungen steigerten die Schmerzen, Palpation des Abdomens nicht schmerzhaft; im weiteren Verlaufe der Behandlung wurden die Schmerzen geringer, besonders nach Applikation der Alkoholcompressen, gegen Schluss der konservativen Behandlung nur mehr morgens leicht fühlbar. Schlaf nach 1 Woche, Appetit nach 14 Tagen gut; Fluor wurde geringer, zeigte aber immer noch geringe eitrige

Beimengungen; Constipation verschwand im Laufe der Behandlung, trat aber am Schlusse derselben wieder auf; Brennen bei der Miction nach 14 Tagen vorüber; Menses 8 Tage postponierend, Schmerzen gering. Uterus durch die gegen Ende der Behandlung ausgeführte Massage etwas mobiler, aber noch retroflectiert; R. Adnexe noch ziemlich stark geschwellt, druckempfindlich, fixiert; L. Adnexe gering geschwellt, leicht druckempfindlich, fixiert. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich sehr gehoben. Alkoholcompressen wurden von der Patientin von Anfang an gerne genommen, verursachten im allgemeinen Wärmegefühl im Leibe, manchmal mit Schweissausbruch am ganzen Körper und Linderung der Schmerzen im Leibe. Patientin wurde wegen der starken Verwachsungen operiert. Dieselben wurden gelöst und Uterus ventrifixiert. Der Adnexbefund ergab rechts Haemovarium und Haematosalpinx. Patientin erholte sich sehr rasch von der Operation und wurde als geheilt entlassen.

15. H. E., 27 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D. Endometritis, Perimetritis posterior, Retroflexio uteri fixata III. grad., Perisalpingo-oophoritis dupl., Salpingo-oophoritis duplex. — Starke, kramptartige Schmerzen im Leibe, besonders rechts, fluor seit 2 Jahren, Dysmenorrhoe, Constipation, Schlaf gering. Adnexe links über welschnussgross, rechts gut taubeneigross, beiderseits stark druckempfindlich, fixiert.— B.: 96% A. C., 30% A. T., Massage; reizlose, gemischte Kost, B.-D.: 75 Tage. — Die Schmerzen im Leibe liessen nach und hörten schliesslich ganz auf. Die Palpation des anfangs sehr druckempfindlichen Abdomens war nach 1 wöchentlicher Alkoholbehandlung kaum mehr schmerzhaft; der Schlaf wurde gut, fluor gering und sistierte am Ende der Behandlung fast ganz, Constipation stellte sich nur mehr ab und zu ein. Während der Behandlung traten Menses dreimal ein, die Beschwerden hiebei wurden immer geringer und hörten bei der letzten Menstruation ganz auf. Nach Besserung des subjektiven Befindens und Rückgang der objektiven entzündlichen Erscheinungen (Abschwellen der Adnexe, Aufhören der Druckempfindlichkeit) wurde der Uterus durch Massage reponiert und ein Pessar eingelegt. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich sehr gebessert. Patientin wurde geheilt entlassen.

16. G, F., 19 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D: Endometritis, Retroflexio uteri fixata. — Seit 14 Tagen Schmerzen im Kreuze, Schlaf gering, fluor schleimig-eitrig; letzte Menstruation mit starken Schmerzen im Leibe verbunden, Constipation. — B.: 96% A. C., 30% A. T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 14 Tage. — Schmerzen schwanden rasch, Constipation hörte auf, fluor zeigte schleimig-glasiges Sekret. Menstruation war nur mehr am ersten Tage mit Schmerzen verbunden. Uterus noch retroflektiert, machte keine Beschwerden mehr. Patientin subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert entlassen.

17. H. A., 21 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis sin. — Schmerzen im Leibe, besonders links, Schlaf und Appetit gering; fluor schleimig-eitrig; Dysmenorrhoe, Constipation. — B: 96% A. C., 30% A. T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 15 Tg. — Schmerzen schwanden rasch, Schlaf und Appetit wurden gut, fluor schleimig-glasig, Defaecation normal, Menstruation schmerzlos. L. Adnexe

noch leicht an die seitliche Beckenwand fixirt, leicht druckempfindlich. Patientin wurde geheilt entlassen.

18. Sch. Th., 22 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis. Schmerzen im Leibe, gegen das Kreuzbein ausstrahlend, fluor schleimig-eitrig, Constipation, Dysmenorrhoe, — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. — B.-D.: 50 Tg. — Schmerzen schwanden ganz, fluor nur mehr gering schleimig, Constipation ging über in Diarrhoe, um dann wieder aufzutreten; Menstruation mit geringen Schmerzen verbunden. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gehoben (Hgb. 90%). Patientin wurde subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert entlassen.

19. E. Th., 26 J., Kellnerin, Nullipara. — D: Endometritis, Chlorosis. — Schmerzen in der Magengegend, Dysmenorrhoe; fluor schleimig. — B.: 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost, Eisen. B.-D.: 26 Tg. — Schmerzen schwanden, fluor wurde geringer; der allgemeine Ernährungszustand wurde gebessert. Infolge der Bettruhe stellte sich gegen Ende der Behandlung Constipation ein. Patientin wurde auf eigenes Verlangen bei subjektivem Wohlbefinden und objektiver Besserung entlassen.

20. G. Th., 20 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis. Perimetritis post. — Stechende Schmerzen links im Leibe; Fluor schleimig-eitrig, Menstruation unregelmässig, Dysmenorrhoe, Constipation. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T.; Massage; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 18 Tage. — Schmerzen hörten auf, Fluor wurde geringer und schliesslich schleimig-glasig, Defaecation gegen Ende der Behandlung normal. Uterus wurde durch Massage rasch frei beweglich. Menses traten während der Behandlung nicht ein. Alkoholbehandlung wurde gut ertragen. Patientin wurde geheilt entlassen.

21. D. B., 31 J., Dienstmädchen, Primipara. — D.: Endometritis, Perimetritis post., Salpingo-oophoritis duplex. — Schmerzen im ganzen Leibe seit ungefähr 4 Wochen, Fluor schleimig-eitrig, vor und nach der Menstruation stärker, Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe, Constipation. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., Massage, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 45 Tage. — Schmerzen im Leibe wurden auf Alkoholbehandlung geringer und hörten schliesslich ganz auf; Fluor wurde schleimig-glasig, Constipation nur mehr selten; Menstruation nur am ersten Tage mit krampfhaften Schmerzen verbunden; nach Aufhören der Druckempfindlichkeit und Abschwellung der Adnexe wurde Uterus durch Massage frei beweglich gemacht. Der allgemeine Ernährungszustand der Patientin hat sich gehoben (Hgl. 92%). Patientin wurde geheilt entlassen.

22. M. Th., 22 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Perimetritis post., Retroflexio uteri mobil. I. grad. — Schmerzen im Leibe zu beiden Seiten und im Kreuze, Fluor schleimig-eitrig, Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 18 Tage. — Die Schmerzen wurden nach Angabe der Patientin besonders auf Alkoholbehandlung geringer, hörten, solange A.-C. feucht war, ganz auf; Fluor wurde schleimig; Menstruation noch mit krampfhaften Schmerzen verbunden. Uterus anteflectiert, beweglich. Patientin wurde auf eigenes Verlangen subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

23. N. K., 23 J., Köchin, Nullipara. — D.: Perimetritis post., Retroflexio uteri fixata III. grad., Endometritis, Perisalpingo-oophoritis duplex, Chlorosis (78 % Hgb.). — Sehr starke Schmerzen im Leibe, sodass Patientin nicht mehr aufrecht gehen konnte, Kreuzschmerzen. Schlaf gering; Dysmenorrhoe, Fluor schleimig, Constipation; Adnexe beiderseits sehr druckempfindlich, fixiert, leicht geschwellt. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T.; Massage; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 68 Tage. — A.-C. hatten anfangs sehr starke Schmerzen hervorgerufen, wurden aber später sehr gut ertragen und wirkten schmerzlindernd; Patientin war nach 4 Wochen schmerzfrei; Fluor nur mehr gering vor und nach der Menstruation; Constipation wechselnd; bei der Defaecation Abgang von Schleim; Menstruation ohne Beschwerden, Blutabgang geringer. Adnexschwellung wurde im Laufe der Behandlung grösser, ohne Zunahme der Druckempfindlichkeit, ging aber dann wieder zurück. Die Reposition des durch perimetritische Spangen stark retrofixierten Uterus war nicht möglich, sodass Operation nötig war. Hiebei zeigte sich nur mehr das abdominale Ende der r. Tube geschwellt. Patientin konnte geheilt entlassen werden

24. D. K., 32 J., Köchin, Nullipara. — D.: Urethritis, Endometritis, Perisalpingo-oophoritis duplex, Salpingo-oophoritis duplex. — Starke Schmerzen im Leibe, besonders rechts und im Kreuze; Fluor schleimig-eitrig, Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe; Dysurie; Constipation. Adnexe beiderseits leicht vergrössert. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 52 Tage. — Nach der Application der Alkoholcompressen anfangs Schmerzen im Leibe stärker und Brennen auf der Haut; später traten diese Beschwerden zurück und Patientin hatte Wärmegefühl im Leibe, öfters mit Schweissausbruch und Linderung der Schmerzen während der Alkoholanwendung; Patientin war nach nicht ganz 1 monatlicher Behandlung schmerzfrei; Brennen bei der Miction schwand nach 10 Tagen, Constipation blieb bestehen; Fluor wurde schleimig. Nach einer Behandlung von ca. 5 Wochen trat eine nicht unbedeutende Schwellung der Adnexe ein, besonders links bei gleichzeitigem Nachlass der Druckempfindlichkeit; bald trat aber dann ein Rückgang ein, und bei Entlassung waren nur mehr die rechten Adnexe leicht geschwellt. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gehoben. Patientin wurde auf eigenes Verlangen subjektiv schmerzfrei, objektiv bedeutend gebessert entlassen.

25. Sch. Th., 24 J., Zimmermädchen, Multipara (II). D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dextra, Tumor ovarii dextri. — Schmerzen im Leibe, Fluor schleimig-eitrig, seit einem Jahre bestehend (2. Conception). R. Ovarium über pflaumengross. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose gemischte Kost. B.-D.: 24 Tage. — Nach Ablauf der ersten Woche war Patientin schmerzfrei; A.-C. waren während der ersten Woche ohne jegliche, für die Patientin bemerkbare Wirkung, später fühlte Patientin Wärme im Leibe nach Application derselben; Fluor wurde schleimig; R. Ovarium noch ca. kastaniengross, hart, kaum mehr druckempfindlich, fixiert. Allgemeiner Ernährungszustand hat sich gebessert, Patientin wurde auf eigenes Verlangen bei subjektivem Wohlbefinden und objektiver Besserung entlassen.

26. W. V., 19 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Urethritis, Endometritis, Perimetritis post., Insufficientia valvulae Mitral., Struma. — Schmerzen im Leibe; Fluor schleimig-eitrig, Dysurie, Amenorrhoe. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T.; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 8 Tage. — Alkoholbehandlung wurde gut ertragen. A.-C. riefen lebhaftes Wärmegefühl im Leibe hervor; Schmerzen schwanden nach 2 Tagen, ebenso Dysurie. Uterus wurde durch Massage mobilisiert. Menses traten nach 4monatlicher Pause wieder ein, verliefen ohne Beschwerden bei mässigem Blutverluste; Fluor gering, schleimig. Patientin wurde geheilt entlassen.

27. B. E., 22 J., Küchenmädchen, Nullipara. — D.: Vulvitis, Endometritis. — Schmerzen im Kreuze, Fluor schleimig-eitrig; Menses unregelmässig. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 4 Tage. — A.-C. wurden gut ertragen; Patientin wurde schmerzfrei; Fluor gering schleimig. Menses während der Behandlung nicht eingetreten. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

28. H. O., 21 J., Köchin, Nullipara. — D.: Vulvitis, Endometritis, Perisalpingo-oophoritis sin. — Schmerzen im Leibe, bes. links; Schlaf und Appetit gering, Fluor schleimig-eitrig, Constipation, Dysmenorrhoe. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 15 Tage. — Patientin wurde nach 5 Tagen schmerzfrei, Schlaf und Appetit kehrten wieder; Fluor zeigte schleimig-glasige Beschaffenheit, Defaecation wurde normal, Menstruation ohne Beschwerden. L. Adnexe nicht druckempfindlich, noch fixiert. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

29. L. D., 22 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis duplex, Parametritis post. dextra, Cystitis. — Stechende Schmerzen im Leibe zu beiden Seiten und im Kreuze; Fluor schleimig-eitrig; Dysurie; Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe, Constipation. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., Jodoformurethral-Bougies, Salol, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 54 Tage. — Schmerzen im Leibe werden geringer, zuletzt nur mehr in der Blasengegend, Kreuzschmerzen schwanden ganz, Fluor wurde schleimig-glasig, Constipation blieb bestehen; ebenso Dysurie; Adnexe beiderseits frei: R. lig. sacrouterin. nicht mehr infiltriert. Bacterielle Untersuchung des Urethralsecretes ergab Bacterium coli. A.-C. verursachten anfangs grössere Schmerzen, wurden aber später gut ertragen. Patientin wurde auf eigenes Verlangen subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

30. G. M., 20 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endo metritis Perimetritis posterior, Retroversio uteri, Perisalpingo-oophoritis duplex. Struma. — Stechende Schmerzen im Leibe, Ausfluss schleimig-eitrig, Constipation, Menses unregelmässig. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 91 Tage. — Patientin wurde nach 4 Wochen vollkommen schmerzfrei, Defaecation nach 14 Tagen normal, Fluor zuletzt nur mehr schleimig-glasig. Typus der Menses blieb unbeeinflusst. Adnexe wenig druckempfindlich, leicht fixiert. Struma ging auf Darreichung von Thyreoidintabletten zurück. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich sehr gehoben, (Hgb. 90%). Alkoholbehand-

lung wurde gut ertragen. A.-C. verursachten Wärmegefühl im Leibe und wirkten schmerzlindernd. Patientin wurde geheilt entlassen.

31. G. J., 21 J., Kellnerin, Primipara. — D.: Endometritis, Perimetritis post., Retroflexio uteri fixata, Perisalpingo-oophoritis duplex. — Stechende Schmerzen im Leibe, Fluor schleimig-eitrig, Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T.; Massage; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 35 Tage. — Patientin wurde schmerzfrei; Fluor geringer, letzte Menses ohne Beschwerden. A.-C. wurden gut ertragen. Da Massage nicht zum Ziele führte, wurden die sehr starken Verwachsungen operativ gelöst. Patientin konnte geheilt entlassen werden.

32. E. Th., 26 J., Kellnerin, Nullipara. — D.: Endometritis, Chlorosis. — Schmerzen in der Magengegend, Fluor schleimig-eitrig, Constipation. — B.: 30% A.-T. B.-D.: 27 Tage. — Schmerzen wurden geringer; Fluor schleimig; Constipation blieb bestehen. Patientin wurde auf eigenes Verlangen subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

33. K. S., 16 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Vulvitis, Urethritis, Endometritis. — Schmerzen im Leibe, Schlaf wechselnd gut; Fluor schleimig-eitrig; Dysurie (Ischurie), Menses unregelmässig, Dismenorrhoe, Constipation. — B: 96% A.-C., 30% A.-T., Jodoformurethral-Bougies, warme Sitzbäder (während der Dauer der Ischurie), reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 81 Tage. — Schmerzen wurden anfangs nach A.-C. stärker, liessen aber dann stetig nach und hörten endlich ganz auf; Schlaf wurde gut, Fluor gering-schleimig, Exurese ohne Beschwerden, Defaecation normal. Menses wurden regelmässig, Eintritt alle drei Wochen, mit geringen Schmerzen. Uterus und Adnexe ohne pathologischen Befund. Patientin wurde geheilt entlassen.

34. H. M., 22 J., Nullipara. — D.: Endometritis. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze, Schlaf wechselnd, Fluor schleimig-eitrig, Dysmenorrhoe, Constipation. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 57 Tage. — Patientin wurde schmerzfrei; Schlaf gut, Fluor gering-schleimig, Defaecation normal, Dysmenorrhoe blieb unbeeinflusst. A.-C. hatten anfangs die Schmerzen vermehrt. Patientin wurde subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

35. Z. M., 49 J., Primipara. — D.: Parametranes Exsudat, Parametritis dextra, Endometritis. — Schmerzen im Leibe, besonders linke und im Kreuze, geringer Fluor, öfters Constipation. Patientin befindet sich in der Menopause, wurde nach ihrer Angabe schon 4 Mal operiert wegen Unterleibsleiden. — B.: 60% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 20 Tage. — Patientin in 14 Tagen schmerzfrei, Defaecation normal, im l. Parametrium nur mehr eine ca. welschnussgrosse Geschwulst, r. Parametrium frei. A.-C. wurden sehr gut ertragen. Patientin wurde schmerzfrei, objektiv sichtlich gebessert, entlassen.

36. R. K., 22 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Parametritis post. sin., Perisalpingo-oophoritis duplex.. Ren mobilis dexter. — Schmerzen im Leibe bis zum Rippenbogen ausstrahlend, und im Kreuze; Schlaf und Appetit gering; Fluor schleimig-eitrig, Dysmenorrheo. — B.: Anfangs (3 Wochen lang) 60% A.-C., dann 90% A.-C., Glycerin-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 81 Tage. — Schmerzen wurden be-

60% A.-C. stärker, liessen dann nach, um abermals anzusteigen bei Anwendung von 96% A.-C., und hörten schliesslich ganz auf. Schlaf und Appetit wurden gut, Fluor schleimig-glasig; Patientin war während der Behandlung zweimal menstruiert, das 2. Mal Menses 8 Tage anteponierend, Beschwerden geringer; am Genitaltractus kein pathologischer Befund mehr zu erheben. Während der Behandlung zweimalige Temperatursteigerung, und zwar einmal bei Angina lacunaris, das 2. Mal ohne genau feststellbaren Grund, vielleicht durch Reizung der Wanderniere. An der Applicationsstelle der A.-C. entstand Abschilferung der Haut und fleckenweis schmutzig-bräunliche Verfärbung derselben, entsprechend den früher stärker geröteten Stellen der Haut. Glycerintampons verursachten mit dem fortschreitenden Zurückgehen des Fluors vermehrte Abstossung des Epithels der Vagina und der Portio vaginal. uteri. Der allgemeine Ernährungszustand hob sich bedeutend (91% Hgb.). Patientin wurde geheilt entlassen.

37. L. J., 23 J., Hausmagd, Primipara. — D.: Endometritis, Parametritis post., Retropositio uteri, Chlorosis, Otitis media purulenta chronic. dextr. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze, Kopfschmerzen; Appetit gering; Dysurie, Constipation, Fluor schleimig-eitrig, Dysmenorrhoe. — B.: 60%, später 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 88 Tage. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze schwanden, doch fühlte Patientin gegen Schluss der Behandlung noch ab und zu Kopfschmerzen, die auf die chronische Mittelohraffektion rechterseits zurückzuführen sein dürften. Appetit wurde gut, Constipation blieb bestehen. Exurese ohne Beschwerden; Fluor nur mehr gering schleimig. Patientin war während der Behandlung dreimal menstruiert. Beschwerden hiebei gleich. Eintritt der Menses einige Tage früher. Uterus anteflectiert, beweglich, Adnexe frei. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gehoben, (Hgb. 85%); Haemaglobingehalt des Blutes zeigte eine Zunahme um 20%. Patientin wurde, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

38. Sch. M., 34 J., Haushälterin, Multipara (II). — D.: Endometritis, Parametritis post. — Schmerzen in der Gegend des Nabels, besonders nach der Nahrungsaufnahme; Fluor schleimig-eitrig. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 49 Tage. — Patientin wurde schmerzfrei, Fluor zeigte eine Abnahme; Blutverlust bei der Menstruation grösser. Uterus anteflectiert, beweglich, Adnexe frei. A.-C. verursachten eine leichte Dermatitis, die unter Aussetzen der Alkoholbehandlung während mehrerer Tage und Bepuderung der Haut rasch wieder schwand. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

39. G. M., 23 J., Dienstmädchen, Primipara. — D.: Endometritis, Parametritis puerperalis. — Stechen im Leibe rechts, Ausfluss blutigeitrig; Constipation, Temperatur leicht febril, Appetit gering. — B.: 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost, B.-D.: 15 Tage. — Zu den Schmerzen im Leibe gesellten sich in der ersten Woche noch Kopfschmerzen, reissende Schmerzen in den Gliedern, welche aber insgesamt in der 2. Woche schwanden, sodass Patientin völlig schmerzfrei wurde. Auch die Temperatur, die in der ersten Woche noch bis 39,6° C. gestiegen

war, wurde normal. Appetit wurde gut, Ausfluss schleimig-glasig. Defaecation mit geringen Schmerzen verbunden. Bewegung des Uterus nach vorne noch leicht schmerzhaft. Patientin wurde geheilt entlassen.

40. H. L., 21 J., Kellnerin, Multipara (II). — D.: Endometritis, Parametritis post. sin., Adnextumor rechts. — Schmerzen im Leibe, Fluor schleimig-eitrig; Dysurie; Constipation. — R. Adnexe bis zum Umfange des Uterus vergrössert. — B.: 30 % A.-T., heisse Sitzbäder (40—45°), Massage, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 67 Tage. — Schmerzen schwanden; Fluor wurde schleimig, Exurese beschwerdefrei, Defaecation normal. Menses waren wie sonst regelmässig nach 4 Wochen eingetreten, dauerten aber nur einen Tag; nach Ablauf von 14 Tagen Wiedereintreten derselben, mit ziemlich starkem Blutverluste und 2 Tage länger dauernd als sonst. Tumor verschwand, Uterus wurde durch Massage mobilisiert. Das Allgemeinbefinden der Patientin hat sich während der Behandlung sehr gehoben. Patientin wurde geheilt entlassen.

41. P. E., 25 J., Dienstmädchen, Primipara. — D.: Endometritis, Parametritis post. sin., doppelseitiger Cervixriss. — Stechende Schmerzen im Leibe, Kopfschmerzen, besonders über den Augen und im Hinterkopf; Fluor schleimig-eitrig; Dysmenorrhoe; Dysurie; Constipation; Schlaf und Appetit gering. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 26 Tage. — Schmerzen nahmen auf A.-C. leicht zu, schwanden aber dann fast ganz; Schlaf und Appetit wurden gut, Fluor geringer, Defaecation normal, Exurese ohne Beschwerden. Patientin wurde auf ärztliche Veranlassung wegen Unverträglichkeit mit anderen Kranken, subjektiv und objektiv gebessert, entlassen.

42. L. A., 27 J., Zimmermädchen, Primipara. — D.: Endometritis posterior, Ectropium, Struma. — Schmerzen im Leibe; Fluor schleimig-eitrig; Dysmenorrhoe, Dysurie. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., Massage, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 66 Tage. — Schmerzen verschwanden; im Verlaufe der Behandlung stellte sich Constipation ein; Beschwerden bei der Menstruation waren geringer. Nach ca. 14tägiger Behandlung trat beiderseitige Adnexschwellung ein, links stärker als rechts, die bis gegen Ende der Behandlung bis auf geringe Reste wieder zurückging. Struma zeigte auf Darreichung von Thyreoidin eine deutliche Verkleinerung. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gehoben. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

43. S. Th., 21 J., Köchin, Primipara. — D.: Endometritis, Parametritis post., Dammriss I. Grad. — Schmerzen im Leibe, Kopfschmerzen; Constipation; Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe; Fluor schleimig-eitrig. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 79 Tage. Schmerzen schwanden bis auf zeitweilige, leichte Kopfschmerzen, Fluor wurde schleimig, Defaecation war nicht mehr schmerzhaft. Menses wurden nicht beeinflusst. Uterus anteflectiert, beweglich, leicht retroponiert. Der allgemeine Ernährungszustand zeigte eine bedeutende Hebung. Patientin wurde subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

44. K. Th., 26 J. Zimmermädchen, Primipara. — D.: Endometritis, Doppelseitiger Adnextumor. — Heftige Schmerzen im Leibe

beiderseits und im Kreuze; fluor schleimig-eitrig; öfters Constipation; Schlaf gering; Dysmenorrhoe. L. Adnexe ca. faustgross, druckempfindlich, R. Adnexe ca. welschnussgross, druckempfindlich. — B.: 60 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 54 Tage. — Die Schmerzen im Leibe nahmen anfangs bei Alkoholbehandlung zu, zeigten späterhin wechselnde Intensität und hörten schliesslich ganz auf; Schlaf wurde gut. Die anfangs bestehende Constipation verschwand; fluor wurde schleimig, Menstruation schmerzfrei. Adnexschwellung ging zurück: rechts kaum mehr geschwellt, links taubeneigross, beiderseits leicht fixiert. Während der Behandlung trat einmal Temperatursteigerung bis 39,4° C ein bei gleichzeitig bestehenden starken Schmerzen. A.-C. wurden gerne genommen, hatten aber anfangs eine Vermehrung der Schmerzen zur Folge. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gebessert. Patientin wurde subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert entlassen.

45. H. M., Multipara (VI). — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis sin., Adnextumor rechts. — Schmerzen im Leibe, Appetit fehlt, Schlaf gering; fluor schleimig-eitrig; Dysurie. R. Adnexe ca. faustgross, sehr druckempfindlich. — B.: 60% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 73 Tage. — Die Schmerzen wurden auf A.-C. so intensiv, dass diese 2 Tage nicht mehr appliziert wurden; von da an wurden sie sehr gut ertragen. Dysurie verschwand nach 5 Tagen; Schlaf und Appetit wurden nach 14tägiger Behandlung gut, fluor wurde schleimig und hörte zuletzt ganz auf. Adnexschwellung ging zurück, keine Druckempfindlichkeit, l. Adnexe frei beweglich. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gehoben. Patientin wurde geheilt entlassen.

46. S. C., 24 J., Buffetmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, Adnextumor links, Chlorose. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze, Druckgefühl in der Magengegend; fluor schleimig-eitrig. L. Adnexe welschnussgross, sehr stark druckempfindlich. — B.: Ichthyoltampons (während der ersten Hälfte der Behandlung), dann 60 % A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 59 Tage. — Während der ersten Hälfte der Behandlungsdauer bestanden die Schmerzen fort, wenn auch in geringerer Intensität, nach Anwendung der Alkoholtherapie wurde Patientin schmerzfrei, 1—2 Tage vor Eintritt der Menses abgerechnet; fluor wurde geringer. Die Adnexe zeigten fortschreitende Tendenz zur Zunahme in der Schwellung, waren ca. 1 Woche vor Entlassung l. ca. faustgross, etwas beweglich, r. ca. welschnussgross, kaum beweglich, nicht druckempfindlich; zu gleicher Zeit bestand subjektives Wohlbefinden. In der letzten Woche ging die Schwellung rasch zurück, links bis auf Welschnussgrösse, rechts bis auf Taubeneigrösse. Patientin fühlte sich ganz wohl, die Sensationen in der Magengegend sind geschwunden, der allgemeine Ernährungszustand hat sich gehoben. In der zweiten Hälfte der Behandlungszeit war die Temperatur durchschnittlich um 0,5° C höher als in der ersten Hälfte. Patientin wurde auf eigenes Verlangen subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert entlassen. — Nach etwa 2 Monaten kam Patientin wegen eines Gehörleidens in Krankenhausbehandlung und gab auf Befragen an, dass sie von seite des Unterleibes keine Beschwerden mehr gefühlt habe.

47. S. Th., 46 J., Händlerin, Primipara. — D.: Endometritis, doppelseitiger Adnextumor, Chlorosis (60% Hgb.). — Starke Schmerzen im Leibe; fluor gering; letzte Menstruation mit sehr starken Schmerzen und starkem Blutverluste verbunden; Constipation; Schlaf und Appetit gering. Uterus anteponiert, leicht vergrössert; der übrige Teil des kleinen Beckens durch einen stark druckempfindlichen Tumor ausgefüllt, über welchem die Vaginalwand verschieblich ist. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 61 Tage. — Patientin kam mit Temperatursteigerung bis 39° C ins Krankenhaus; nach 14tägiger Behandlung schwand das Fieber. Schmerzen wurden geringer, setzten zunächst bei Ruhelage aus und hörten nach 1monatlicher Behandlung ganz auf; fluor verschwand fast ganz; Defaecation wurde von der zweiten Hälfte der Behandlung ab normal; Appetit und Schlaf kehrten nach ca. 14 Tagen wieder. Der Tumor zeigte schon in den ersten 20 Tagen einen bedeutenden Rückgang und machte eine genauere Differenzierung bei der Untersuchung möglich. R. Adnexe über hühnereigross, l. Adnexe in einen Tumor verwandelt, der sich in den Douglas'schen Raum senkt. Im weiteren Verlauf der Behandlung tritt bei fortschreitender Abschwellung eine Retroflexio uteri ein; Reposition leicht möglich, aber sehr schmerzhaft. Am Schlusse der Behandlung Adnexe beiderseits nur noch leicht geschwellt, druckempfindlich, fixiert. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich während der Behandlung sichtlich gehoben (85% Hgb). Patientin wurde auf Verlangen bei subjektivem Wohlbefinden und objektiv bedeutend gebessert entlassen.

48. K. A., 24 J. Kellnerin, Nullipara. — D.: Pyosalpinx duplex, Endometritis. — Starke Schmerzen im Leibe, besonders links; fluor schleimig-eitrig. Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe, Dysurie. L. Adnexe faustgross, stark druckempfindlich, R. Adnexe ebenfalls vergrössert, druckempfindlich. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 16 Tage. Auf A.-C., wurden die Schmerzen anfangs im Leibe stärker, nahmen aber dann stetig ab und waren gegen Schluss der Behandlung ganz verschwunden; fluor schleimig-eitrig, sehr gering; Exurese nach 12 Tagen beschwerdefrei. L. Adnexe noch gänseeigross, wenig druckempfindlich, R. Adnexe hühnereigross. Während der Behandlung trat eine Angina mit ziemlich hohem Fieber auf. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

49. H. L., 20 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis dextra. — Schmerzen im Leibe, Kopfschmerzen; Fluor gering. Menses unregelmässig. Dysmenorrhoe. R. Adnexe vergrössert, stark druckempfindlich. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 24 Tg. — Schmerzen schwanden bei Alkoholbehandlung, fluor wurde geringer, Menstruation trat während der Behandlung nicht ein. Adnexveränderung ging ganz zurück. A.-C. wurden gut ertragen. Während der Behandlung trat Angina auf. Patientin wurde geheilt entlassen.

50. B. A., 27 J., Zimmermädchen, Nullipara. — D.: Salpingo-oophoritis dextra, Endometritis, Hysterie. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; fluor schleimig-eitrig; R. Adnexe geschwellt. — B.: 60%

A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost; B.-D.: 80 Tg. — Schmerzen hörten nach vielen Variationen in ihrer Intensität schliesslich ganz auf; fluor wurde geringer. R. Adnexe noch leicht vergrössert; L. Adnexe zeigten ebenfalls leichte Schwellung. Patientin wurde, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

Den Angaben der Patientin war nicht in allem zu glauben, da sie immer möglichst krank erscheinen wollte und deswegen öfters Fieber simulierte (scheinbare Temperatursteigerung beim Messen durch Friktionen des Thermometers in der Achselhöhle).

51. L. F., 22 J., Küchenmädchen. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis duplex. — Starke Schmerzen zu beiden Seiten des Leibes und im Kreuze; fluor gering, Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe; öfters Constipation. — B.: 60% A.-C., 30% A.-T.; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 17 Tg. — Schmerzen gering, Fluor wenig. Defaecation noch unregelmässig, Adnexe nur mehr leicht druckempfindlich. Patientin wurde subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

52. H. M., 17 J., Stubenmädchen, Nullipara. — D.: Vulvitis, Urethritis, Endometritis, Chlorosis (65% Hgb). — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; fluor schleimig-eitrig; Menses unregelmässig. Dysmenorrhoe; Dysurie; Constipation; Schlaf und Appetit gering. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost; B.-D.: 82 Tage. — Auf A.-C. wurden die Schmerzen im Leibe anfangs stärker, später wurden A.-C. gut ertragen und wirkten schmerzlindernd; gegen Ende der Behandlungszeit wurde Patientin schmerzfrei. Nach 3wöchentlicher Behandlung Exurese beschwerdefrei: Constipation blieb bestehen. Während der Behandlung trat eine leichte Schwellung der beiderseitigen Adnexe ein, die bei Entlassung der Patientin links geschwunden, rechts nur mehr geringgradig vorhanden war. Fluor nahm gegen Ende der Behandlung schleimigen Charakter an; Schlaf und Appetit wurden gut, die Beschwerden bei der Menstruation geringer. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gehoben (Hgb. 95%). Während der Behandlung trat Angina ein. Patientin wurde, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert entlassen.

53. I. A., 18 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, rechtsseitiger Adnextumor, (Cystoma ovarii). Sinistropositio uteri. — Schmerzen besonders auf der linken Seite; Menses unregelmässig, Dysmenorrhoe; Ischurie; Constipation; r. Adnexe mannsfaustgross, mit dem Uterus durch einen harten, bleistiftdicken Strang verbunden. — B.: 60% A.-C., 30% A.-T., Salol, reizlose, gemischte Kost. B.-D. 48 Tage. — Da subjektiv und objektiv während dieser Zeit kaum eine Besserung zu verzeichnen war, wurde Patientin operiert. Nach Entfernung des Ovarialcystoms rasch Besserung des subjektiven Befindens; Heilung per primam intentionem. Nach weiteren 26 Tagen wurde Patientin geheilt entlassen.

54. H. L., 17 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, doppelseitiger Adnextumor, Chlorosis (60% Hgb). — Dauernde Schmerzen im Leibe, die zeitweise reissenden und stechenden Charakter annehmen; fluor schleimig-eitrig; Dysmenorrhoe; Schlaf und Appetit gering. Tumor rechts breit mit der hinteren Beckenwand verwachsen, fast bis zur Nabelhöhe reichend; linksseitiger Tumor fast ca. mannsfaustgross. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose gemischte Kost. B.-D.: 54 Tage. — Schmerzen

wechselten in ihrer Constanz und Intensität, wurden im allgemeinen geringer Schlaf und Appetit kehrten wieder, fluor wurde schleimig. Die Adnexschwellungen zeigen einen ganz bedeutenden Rückgang, links bis Hühnereigrösse, während rechts nur mehr leichte Schwellung vorhanden war. Im Laufe der Behandlung traten leichte Constipation und Schmerzen bei der Defaecation ein, ebenso ein Gefühl von Brennen im Leibe bei der Miction, Beschwerden, die auf Verwachsungen mit dem Tumor zurückzuführen sein dürften, indem durch Retraktion derselben bei Volumveränderung von Blase und Mastdarm eine Zerrung entstand. Der allgemeine Ernährungszustand der Patientin hat sich im Laufe der Behandlung sehr gehoben. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, nur mehr mit geringen Schmerzen behaftet und objektiv gebessert entlassen.

55. I. A., 20 J., Kellnerin, Primipara. — D.: Endometritis, Pyosalpinx duplex, Perisalpingo-oophoritis duplex, Insuffic. valv. Mitral. — Schmerzen im Leibe links und im Kreuze, fluor reichlich, schleimig-eitrig, Menses unregelmässig; Dysurie; Constipation; Schlaf und Appetit gering; r. Adnexe über mannsfaustgross, druckempfindlich, l. Adnexe hühnereigross, ebenfalls stark druckempfindlich. — B.: 60% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost., B.-D.: 21 Tg. — A.-C. wurden gut ertragen, verursachten starkes Hitzegefühl, zunächst im Leibe, dann im ganzen Körper, mit Schweissausbruch. Während der Behandlung trat anfangs Temperatursteigerung bis 39° C ein; Temperatur auch im weiteren Verlaufe noch sehr labil. Schmerzen wurden geringer, desgleichen fluor, der manchmal mit etwas Blut gemischt war; Exurese ohne Beschwerden; Constipation blieb bestehen. Objektiver Befund wenig geändert. Patientin wurde auf eigenes Verlangen subjektiv gebessert entlassen.

56. S. K., 22 J., Küchenmädchen, Primipara. — D.: Endometritis, doppelseitiger Adnextumor, Chlorosis. — Starke Schmerzen im Leibe, bes. rechts; fluor schleimig-eitrig; Schlaf gering. L. Adnexe welschnussgross, rechts Adnexe daumendick. — B.: Ichthyolglycerintampons (im ersten Monate), dann 60% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost B.-D.: 95 Tage. Schmerzen im Leibe verschwanden, fluor wurde schleimig. Schlaf ungestört. Adnexe zeigten am Schlusse der Behandlungszeit beiderseits nur mehr eine geringe Schwellung, waren aber noch druckempfindlich. A.-C. verursachten Brennen auf der Haut, Wärmegefühl im Leibe, Abschilferung der Epidermis an der Applikationsstelle. Patientin wurde bei subjektivem Wohlbefinden und objektiv gebessert entlassen.

57. R. A., 19 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis sin., Salpingitis dextra. — Schmerzen im Leibe, bes. links; fluor schleimig-eitrig; Menses unregelmässig; Constipation. R. Tube verdickt, stark druckempfindlich, l. Adnexe vergrössert, stark druckempfindlich. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B-D.: 33 Tage. — Schmerzen wurden geringer, fluor schleimig, Constipation blieb unbeeinflusst. Schwellung der Adnexe gering, A.-C. wurden gut ertragen. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv und objektiv gebessert, entlassen.

58. W. B., (?), Nullipara. — D.: Urethritis, Endometritis, doppelseitige Adnextumoren. — Reissende Schmerzen auf der rechten Seite

des Leibes; fluor schleimig-eitrig; Dysurie; Constipation; L. Adnexe ca. faustgross, sehr druckempfindlich, R. Adnexe über welschnussgross, sehr druckempfindlich. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 29 Tage. — Schmerzen hörten auf, fluor wurde geringer, enthielt aber noch eitrige Beimengungen; Constipation wurde behoben; Dysurie hörte auf. L. Adnexe noch gut welschnussgross, r. Adnexe hühnereigross, beide nicht mehr druckempfindlich. — Da alle subjektiven Erscheinungen geschwunden waren, verlangte Patientin entlassen zu werden; (denn „sie wisse nicht, warum sie im Krankenhause bleiben solle, da ihr nichts mehr wehe thue"). Da sie trotz Belehrung darauf bestand, wurde sie, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

59. H. M., 29 J., Kellnerin, Primipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis duplex. — Stechende Schmerzen im Leibe, bes. beim Gehen; fluor schleimig-eitrig. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 14 Tage. — Patientin wurde schmerzfrei, auch bei Bewegung, fluor wurde geringer. Die Adnexschwellung zeigte keinen Rückgang. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv nicht gebessert, entlassen.

60. T. M., 22 J., Packerin, Nullipara. — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis sin., Perimetritis post. — Kreuzschmerzen und Schmerzen im Leibe; Fluor schleimig-eitrig; Menses unregelmässig. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost, Massage. B.-D.: 25 Tage. — Patientin wurde schmerzfrei, Fluor nahm eine schleimige Beschaffenheit an, Uterus wurde durch Massage beweglich. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

61. S. B., 18 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Vulvitis, Urethritis, Endometritis, Salpingo-oophoritis sin. — Stechende und reissende Schmerzen im Leibe zu beiden Seiten; Fluor schleimig-eitrig; Menses unregelmässig; Dysmenorrhoe; Dysurie; Constipation; Schlaf unruhig. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 40 Tage. — Schmerzen hörten nach 10 Tagen auf; Schlaf wurde gut, Fluor gering, schleimig, Defaecation normal; Beschwerden bei der Miction schwanden. Während der Menstruation geringe Schmerzen. Adnexe beiderseits frei. Patientin wurde geheilt entlassen.

62. G. O., 17 J., Dienstmädchen, Primipara. — D.: Endometritis, Pyosalpinx sin. — Schmerzen im Leibe, besonders links; Fluor schleimig-eitrig; Menses unregelmässig; Dysmenorrhoe; Dysurie; Constipation; L. Adnexe gänseeigross. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 40 Tage. — Schmerzen im Leibe wurden geringer, Fluor blieb gleich stark, Exurese wurde beschwerdefrei, Defaecation normal, aber mit Schmerzen links im Leibe verbunden; l. Adnexe zeigten eine kleine Abnahme in der Schwellung, waren aber noch sehr druckempfindlich. A.-C. wurden gut ertragen und wirkten schmerzlindernd. Da Patientin während der Behandlung einen Abscess in der Nackengegend bekam, wurde sie auf die chirurgische Abteilung verlegt, subjektiv gebessert, objektiv nur wenig verändert.

63. S. B., 20 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, rechtsseitiger Adnextumor. — Schmerzen im Leibe, besonders links, Fluor

schleimig-eitrig. R. Adnexe hühnereigross. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 86 Tage. — Schmerzen hörten auf; Fluor wurde schleimig-glasig; R. Adnexe zeigten kaum mehr eine Schwellung. Der allgemeine Ernährungszustand der Patientin hat sich sehr gehoben. Die A.-C. verursachten anfangs auf der Haut Brennen; die Epidermis schilferte sich an der Applikationsstelle schuppenförmig ab. Patientin wurde geheilt entlassen.

64. R. A., 35., Köchin, Primipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis sin., Dammriss 1. grad. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; Fluor schleimig-eitrig; Dysurie; Constipation; L. Adnexe über hühnereigross. Schlaf unruhig. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 76 Tage. — Schmerzen hörten auf, Fluor wurde geringer, Exurese ohne Beschwerden; Constipation blieb bestehen. L. Adnexe noch ca. daumendick, druckempfindlich. A.-C. verursachten ein leichtes Eczem auf der Haut, das bei Aussetzen der epidermatischen Alkoholbehandlung unter Bepuderung der Haut nach 2 Tagen bereits geheilt war; sie wirkten immer schmerzlindernd. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv und objektiv gebessert, entlassen.

65. G. Th., (?), Sortiererin, Multipara (II). — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis duplex, Retroflexio uteri. — Schmerzen im Leibe beiderseits; Fluor schleimig-eitrig; Menses unregelmässig; Dysmenorrhoe; R. Adnexe welschnussgross, l. Adnexe über pflaumengross. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 70 Tage. — A.-C. verursachten anfangs grössere Schmerzen im Leibe, wirkten aber später schmerzlindernd; am Schlusse der Behandlungsdauer war Patientin sehmerzfrei; Fluor wurde geringer, schleimig, Menstruation schmerzfrei. Adnexe rechts noch leicht geschwellt, links noch ca. pflaumengross. Uterus lässt sich leicht reponieren, bleibt aber nicht dauernd in Anteflexionsstellung. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

66. H. M., 29 J., Kellnerin, Primipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis duplex. — Stechende Schmerzen im Leibe, besonders beim Gehen; Fluor schleimig-eitrig. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose gemischte Kost. B.-D.: 14 Tage. — A.-C. verursachten anfangs stärkere Schmerzen, wurden aber später gut ertragen; die Schmerzen schwanden; Fluor zeigte wenig Aenderung, desgleichen Adnexschwellung. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv nicht gebessert, entlassen.

67. L. M., 20 J., Kellnerin, Primipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis duplex. — Schmerzen im Leibe, Fluor schleimig-eitrig; Dysurie; Constipation; Adnexe r. pflaumengross, links wenig geschwellt. — B.: 96% A.-C., 30% A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 19 Tage. — A.-C. verursachten anfangs grössere Schmerzen im Leibe und Brennen auf der Haut, wurden aber später gut ertragen und wirkten schmerzlindernd. Patientin wurde nach 10 Tagen schmerzfrei, Fluor nahm schleimige Beschaffenheit an. Adnexe rechts nur mehr wenig vergrössert, leicht druckempfindlich, links kaum geschwellt, leicht fixiert. Patientin wurde auf eigenes Verlangen subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert entlassen.

68. Z. A., 22 J., Dienstmädchen, Primipara. — D.: Endometritis, doppelseitiger Adnextumor. — Kopfschmerzen und Schmerzen im Leibe. Fluor schleimig-eitrig. Adnexe links ca. welschnussgross, rechts ebenfalls geschwellt, wegen starker reflektorischer Spannung der Bauchdecken nicht genau zu tasten. — B.: 96 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 4 Tage. — Schmerzen hörten auf, Fluor blieb gleich schleimig-eitrig. Patientin wurde auf eigenes Verlangen, subjektiv schmerzfrei, objektiv nicht gebessert, entlassen.

69. B. Ch., 26 J., Maschinenstrikerin, Multipara (IV, 1 Abortus). — D.: Kolpitis. — Zeitweise stechende Schmerzen im Leibe, Kopfschmerzen, Fluor schleimig, übelriechend. — B.: 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 4 Tage. — Schmerzen und Ausfluss hörten auf. Patientin wurde geheilt entlassen.

70. G. A., 24 J., Kellnerin, Nullipara. — D.: Endometritis, Pelveoperitonitisches Exsudat. — Schmerzen im Leibe beiderseits, Kreuzschmerzen; Fluor blutig; Dysurie; Constipation. — B.: 60 % A.-C., 30 % A.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 35 Tage. — Blutung stand auf subkutane Injektion von 2 Pravaz'schen Spritzen Stypticin; der nunmehr schleimig-eitrige Fluor wurde im Laufe der Behandlung schleimig; Schmerzen hörten auf; Exurese wurde beschwerdefrei; Constipation blieb noch bestehen; das Exsudat wurde resorbiert, der hiebei retroflektierte Uterus konnte leicht reponiert werden. Gegen Schluss der Behandlung klagte Patientin über Heiserkeit; Kehlkopfuntersuchung ergab luetische Affektion, weshalb Patientin auf die syphilitische Abteilung verlegt wurde, bei subjektivem Wohlbefinden und gynaekologisch geheilt. —

Zum Vergleiche des Alkohols mit den früher üblichen, resorbierenden Mitteln möge hier eine kurze Zusammenstellung der mit Ichthyolglycerinbehandlung gewonnenen Resultate bei 26 an verschiedenen Affektionen des Genitaltractus leidenden Patientinnen mit zusammen 946 Behandlungstagen folgen.

Darunter waren:

10 Erkrankungen des Endometriums und Perimetriums,

5 Erkrankungen des Endometriums und Parametriums,

11 Erkrankungen des Endometriums und der Adnexe unter teilweiser Mitbeteiligung des serösen Ueberzuges und der Ligamente.

In einem Falle, also in 3,9 %, mit 49 Krankentagen, wurde vollständige Heilung erzielt;

in 5 Fällen, also 19,2 %, mit 171 Krankentagen, wurden die Patientinnen, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen;

in 9 Fällen, 34,6 %, mit 438 Krankentagen, wurde im subjektiven und objektiven Befund eine Besserung erzielt;

in 9 Fällen, 34,6%, mit 238 Krankentagen, konnte nur subjektiv eine Besserung, und

in 2 Fällen, 7,7 % mit 50 Krankentagen, konnte weder subjektiv noch objektiv eine Besserung verzeichnet werden.

Die Methode war die sonst übliche:

In die Vagina wurden mit Ichthyolglycerin getränkte Tampons eingelegt, die dann am nächsten Tage entfernt wurden; im Anschlusse daran Irrigation der Vagina mit einer antiseptischen Flüssigkeit, bei uns mit 1% Lysollösung.

In 3 Fällen wurde die Spülung mit warmer Flüssigkeit vorgenommen, in 1 Fall wurde ausserdem ein Umschlag mit heisser Moorerde aufs Abdomen appliciert; in 1 Falle wurde längere Zeit die Eisblase gebraucht.

Das subjektive Befinden wurde in etwa dem 4. Teile aller behandelten Fälle günstig beeinflusst, indem eine vollständige Befreiung von Schmerzen eintrat; zweimal war keine Wirkung zu gewahren, in allen übrigen Fällen trat eine mehr oder minder bedeutende Linderung in der Intensität der Schmerzen ein.

Hinsichtlich des objektiven Befundes war einmal eine Heilung zu verzeichnen; in fast der Hälfte der übrigen Fälle blieb der objektive Status der gleiche; eine Besserung wurde 14 mal konstatiert. Ein günstiger Einfluss auf die Constipation wurde nicht beobachtet.

1. B. M., 18 J., Kellnerin, Primipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis duplex. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; Constipation; fluor; r. Adnexe welschnussgross, l. Adnexe nicht so stark vergrössert. — B.: I.-T., (= Ichthyolglycerintampons), reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 16 Tage. — Schmerzen hörten anfangs bei Bettruhe auf, stellten sich aber in der zweiten Hälfte der Behandlungszeit wieder ein, um gegen Ende derselben ganz zu verschwinden. R. Adnexe welschnussgross, l. Adnexe kaum vergrössert. Patientin wurde subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert entlassen.

2. B. A., 19 J., Kindermädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis duplex, Parametritis posterior. — Starke Schmerzen im Leibe, besonders rechts; fluor. Adnexe beiderseits taubeneigross, beide sehr druckempfindlich. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 48 Tage. — Schmerzen wurden geringer. Adnexschwellung wurde während der Behandlung grösser, rechts hühnereigross, links über taubeneigross. und ging dann nicht mehr ganz zurück; fluor geringer. Patientin wurde, subjektiv und objektiv gebessert, entlassen.

3. M. Th., 20 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Perimetritis posterior. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze, fluor. — B.: I.-T., Massage, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 41 Tage. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze wurden geringer, objektiv keine Besserung.

4. T. M., 26 J., Köchin, Primipara. — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dextra, Parametritis post. — Schmerzen im Leibe rechts, Kreuzschmerzen; fluor; r. Adnexe über taubeneigross, am Becken fixiert. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 26 Tage. — Schmerzen im Leibe, besonders links, und im Kreuze; fluor gleich. Adnexe rechts gleichgross; l. Adnexe schwollen im Laufe der Behandlung bis beinahe zur Hühnereigrösse an. Patientin wurde, subjektiv und objektiv nicht gebessert, entlassen.

5. U. Th., 24 J., Hausmagd, Nullipara. — D.: Endometritis, doppelseitiger Adnextumor. — Heftige Schmerzen im Leibe, besonders rechts, Kreuzschmerzen; fluor; Constipation. — B.: I.-T., H. W (= heisse Wickel). B.-D.: 56 Tage. — Schmerzen geringer, fluor geringer. Constipation unbeeinflusst. Adnexe zeigten eine Abschwellung. Patientin wurde, subjektiv und objektiv gebessert, entlassen.

6. J. Th., 24 J., Dienstmädchen, Primipara. — D.: Endometritis, Perimetritis posterior, Perisalpingo-oophoritis sin. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; fluor; Constipation. — B.: I.-T., Massage, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 21 Tage. — Schmerzen wurden geringer; Constipation und fluor blieben bestehen; im Laufe der Behandlung trat auch rechtsseitig eine leichte Adnexschwellung auf, mit starker Druckempfindlichkeit. Patientin wurde, subjektiv schmerzfrei, objektiv nicht gebessert, entlassen.

7. G. W., 36 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Perimetritis post., Retroversio uteri. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; Fluor; Constipation; Appetit gering, Schlaf unruhig. — B.: I.-T., Massage; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 40 Tage. — Die Schmerzen zeigten in ihrer Intensität nur geringe Abnahme, während der Behandlung war beiderseits eine leichte Adnexschwellung aufgetreten; fluor zeigte eine Abnahme, Constipation blieb bestehen. Schlaf blieb unruhig, Appetit wurde besser. Patientin wurde bei subjektiv nur geringer Besserung und objektiv unverändertem Befunde entlassen.

8. S. H., 20 J., Primipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis dupl., Parametritis post. — Starke Schmerzen im Leibe und im Kreuze; fluor; Dysurie; Constipation. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 27 Tage. — Schmerzen wurden geringer, Adnexe zeigten eine bedeutende Abschwellung; fluor geringer, Constipation blieb bestehen. Patientin wurde subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

9. S. B., 21 J., Zimmermädchen, Nullipara. — D. Endometritis, Salpingo-oophoritis sin., Perimetritis post., Retroversio uteri, Chlorosis. — Schmerzen im Leibe; fluor; Constipation. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 11 Tage. — Schmerzen liessen nur wenig in ihrer Intensität nach; der objektive Befund blieb unverändert. Patientin wurde subjektiv wenig gebessert; bei unverändertem, objektivem Befunde entlassen.

10. K. J., 39 J., Schlossersgattin, Multipara (VI). — D.: Endometritis, Metritis, Parametritis post. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; fluor; Dysurie. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost, B.-D.: 24 Tage. — Schmerzen gleich stark, ebenso übriger Befund. Es war subjektiv und objektiv keine Besserung zu verzeichnen.

11. M., 19 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis; Salpingo-oophoritis dextra, Chlorosis. — Schmerzen im Leibe beiderseits, Dysurie; Constipation; r. Adnexe hühnereigross. — B.: I.-T., heisse Spülungen, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 42 Tage. — Schmerzen hörten auf; Beschwerden bei der Exurese schwanden, Constipation blieb bestehen. R. Adnexe nur mehr leicht geschwellt, aber noch sehr stark druckempfindlich. L. Adnexe ebenfalls leicht geschwellt. Patientin wurde, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert, entlassen.

12. S. Th., 22 J., Dienstmädchen, Primipara (Abortus). — D.: Endometritis, Metritis, Salpingo-oophoritis dextra, Chlorosis (50% Hgb.). — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; fluor; Constipation. — B.: I.-T., W. Sp. (= Warme Spülungen), reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 33 Tage. — Schmerzen wurden geringer; der objekitve Befund zeigte keine Aenderung. Subjektiv Besserung.

13. F. L., 38 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis sin. — Schmerzen im Leibe links und im Kreuze; Constipation. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 76 Tage. — Patientin wurde gegen Ende der Behandlung schmerzfrei; objektiv zeigte sich kaum eine Besserung.

14. W. E., 24 J., Kleidermacherin, Primipara. — D.; Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dextra, Parametritis posterior; Chlorosis. — Schmerzen im Kreuze; fluor; Ischurie; Constipation. — B.: I.-T., Salol, reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 42 Tage. — Schmerzen wurden geringer, Exurese ohne Beschwerden; fluor wurde schleimig; sonst keine wesentliche Besserung. Patientin wurde, subjektiv gebessert, bei gleichem objektiven Befunde, entlassen.

15. K. M. 20 J., Taglöhnerin, Multipara (II). — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis dextra. — Stechende Schmerzen im Leibe rechts. Dysurie, Constipation; Fluor. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 28 Tage. — Schmerzen wurden geringer und waren nicht mehr kontinuierlich vorhanden; fluor geringer. Schmerzen bei der Miction und Constipation blieben bestehen; r. Adnexe zeigten keine Besserung. Subjektiv Besserung, objektiv nicht.

16. S. A., 19 J., Zimmermädchen, Nullipara. — D.: Endometritis, Salpingo-oophoritis dextra. — Schmerzen im Kreuze, links im Leibe. Constipation. — B.: I.-T., heisse Umschläge mit Moorerde, gegen Schluss der Behandlung A.-C. 60%, A.-T. 30%, reizlose gemischte Kost. B.-D.: 58 Tage. — Schmerzen wurden anfangs immer stärker, sodass heisse Umschläge mit Moorerde gemacht wurden und endlich auch noch Alkoholbehandlung eingeleitet wurde. A.-C. wurden anfangs nicht gut ertragen, später aber zeigten sie eine schmerzlindernde Wirkung. Adnexschwellung rechts ging zurück; fluor wurde geringer, Constipation blieb bestehen. Patientin wurde, subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

17. S. M., 25 J., Köchin, Multipara (II). — D.: Endometritis, Perisalpingo-oophoritis sin. — Heftige Schmerzen im Leibe links; während der Behandlung trat Verstopfung ein; Fluor. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 27 Tage. — Schmerzen hörten auf, Fluor wurde geringer; l. Adnexe zeigten gleichen Befund. Patientin wurde, subjektiv schmerzfrei, objektiv kaum gebessert, entlassen.

18. O. W., 17 J., Dienstmädchen, Nullipara. — D.: Endometritis. — Schmerzen im Leibe, Fluor, öfters Constipation. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 49 Tage. — Patientin wurde schmerzfrei, fluor verschwand. Patientin wurde geheilt entlassen.

19. S. M., 22 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Retrofixatio uteri (Perimetritis post.), Intertrigo. — Heftige Schmerzen im Leibe, zeitweise auch Kreuzschmerzen; Schlaf und Appetit gering; fluor. Constipation. — B.: I.-T., Massage; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 65 Tage. — Schmerzen wurden geringer; Uterus wurde durch Massage mobilisiert; fluor gering; Constipation blieb bestehen. Im Laufe der Behandlung war eine leichte Schwellung der Adnexe eingetreten. Patientin wurde, subjektiv gebessert, objektiv bei fast unverändertem Befunde entlassen.

20. B. M., 22 J., Verkäuferin, Primipara. — D.: Endometritis, doppelseitiger Adnextumor, Antepositio uteri: — Schmerzen im Leibe, bes. links, und im Kreuze; Constipation; Fluor. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 62 Tage. — Schmerzen geringer; Fluor geringer; Adnexschwellung zeigte einen Rückgang. Patientin wurde, subjektiv und objektiv gebessert, entlassen.

21. H. A., 19 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Parametritis post. — Schmerzen im Leibe, Fluor; öfters Constipation. — B.: I.-T., Massage; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 21 Tage. — Schmerzen wurden geringer, desgleichen Fluor; Uterus wurde durch Massage mobilisiert. Patientin wurde subjektiv und objektiv gebessert, entlassen.

22. B. A., 19 J., Köchin, Nullipara. — D.: Endometritis, Parametritis post. — Schmerzen im Leibe; Fluor. — B.: I.-T.: reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 8 Tage. — Patientin wurde schmerzfrei; fluor wurde geringer; Bewegung des Uterus noch schmerzhaft. Patientin wurde, subjektiv schmerzfrei, objektiv gebessert entlassen.

23. W. K., 20 J., Köchin, Primipara. — D.: Endometritis, Parametritis post. dextra. — Schmerzen im Leibe; Fluor; Constipation. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 41 Tage. — Schmerzen wurden geringer; Fluor geringer; Constipation blieb bestehen. Objektiver Befund wurde nicht gebessert. Patientin wurde subjektiv gebessert, bei gleichem objektiven Befunde entlassen.

24. S. K., 20 J., Dienstmagd, Primipara. — D.: Endometritis Pyosalpinx sin., Dextropositio uteri. Sehr heftige, reissende Schmerzen im Leibe, Fluor, Constipation; l. Adnexe hühnereigross. — B.: I.-T.; Eisblase; reizlose, gemischte Kost; B.-D.: 41 Tage. — Schmerzen wurden geringer; Adnextumor zeigte eine beträchtliche Verkleinerung, Fluor mässig; Constipation blieb bestehen. Patientin wurde subjektiv und objektiv gebessert entlassen.

25. G. L., 31 J., Köchin. — D.: Endometritis, Metritis, Ektropium. — Schmerzen im Unterleibe und im Kreuze; Fluor. — B.: I.-T., reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 60 Tage. — Schmerzen wurden geringer; Fluor mässig; während der Behandlung trat leichte Adnexschwellung ein. Patientin wurde gebessert, bei fast unverändertem objektiven Befunde entlassen.

26. P. T., 24 J., Kellnerin. — D.: Endometritis, Erosionen, Ektropium, Parametritis post., Retropositio uteri. — Schmerzen im Leibe und im Kreuze; Fluor. — B.: I.-T.; reizlose, gemischte Kost. B.-D.: 13 Tage. — Schmerzen wurden geringer, Fluor nahm ab; Erosionen zeigten Tendenz zur Heilung; während der Behandlung trat eine Schwellung der linksseitigen Adnexe bis zur Welschnussgrösse ein. Patientin wurde, subjektiv gebessert, objektiv nicht gebessert, entlassen.

Wenn wir einen Vergleich ziehen zwischen der Ichthyolbehandlung und der neuen Methode mit Alkohol, so kann man schon trotz der Ungleichheit in der Anzahl der mit beiden Methoden behandelten Fälle den Schluss ziehen, dass die Alkoholtherapie der Ichthyolbehandlung mindestens gleich steht; wir möchten sie nach den von uns gewonnenen Resultaten derselben in jeder Beziehung vorziehen.

Der Einfluss auf das subjektive Befinden ist bei Alkohol ohne Zweifel ein bedeutend stärkerer, wie aus den Ergebnissen in dieser Hinsicht nach dem angegebenen Schema II klar erhellt. Gerade durch das durchschnittlich rasche Schwinden der Schmerzen in Verbindung mit der Wiederkehr von Schlaf und Appetit wurde auf den meistens sehr deprimierten Gemütszustand der Patientinnen und auf die Hebung des ganzen Ernährungszustandes eine sehr günstige Wirkung ausgeübt. Die Kranken gewannen durch diese auch für sie bemerkbare rasche Wendung zum Bessern im subjektiven Befinden wieder Hoffnung auf ihre Wiederherstellung und empfanden die bei jeder derartigen conservativen Behandlung nötige Bettruhe im Hinblick auf den bereits eingetretenen Erfolg nicht mehr so sehr als Last. Es sind das Faktoren, die bei der Behandlung chronischer Leiden gewiss mit in Betracht kommen. Die Alkoholtherapie ist also nach unseren Erfahrungen auch hinsichtlich ihrer suggestiven Wirkung der Ichthyolbehandlung sehr überlegen.

Auch der objektive Befund ergab bei der Alkoholbehandlung günstigere Resultate sowohl in Bezug auf Heilung, als auch in Bezug auf Besserung, wie schon der relative Vergleich der Zahlen in Schema II ergibt.

Die günstigen Resultate dürften sich gewiss noch steigern lassen durch Verbesserung in der Methode, wie z. B. durch Beschaffung eines zweckmässigen Befestigungsapparates für Alkoholkompressen, um die leider von uns öfters beobachtete Verschiebung derselben auf dem Abdomen nach oben oder seitwärts zu verhindern. Wenn damit auch noch eine Vereinfachung im Gebrauche desselben

verbunden werden könnte, so würde das einerseits bei der Anwendung des Alkohols in grösserem Umfange, wie in Krankenhäusern, eine wesentliche Zeitersparnis sein, andrerseits könnte sich in der Privatpraxis die betreffende Kranke selbst bedienen, was bei der von uns angewandten Befestigungsmethode (doppelseitige Spica coxae mit mehreren Cirkeltouren um das Abdomen) nicht möglich ist.

Aus dem Vergleiche geht ferner hervor, dass bei der Alkoholanwendung ausser Bettruhe und Diät noch ein dritter bedeutenderer Faktor in Betracht kommt, sonst müssten ja die Erfolge die gleichen sein wie bei der Ichthyolbehandlung.

Unangenehme Nebenwirkungen konnten bei der Ichthyolbehandlung nicht angegeben werden, während sie bei der Anwendung des Alkohols beobachtet wurden. Doch sind diese nicht so bedeutend, dass sie die therapeutische Verwertung des Alkohols im angegebenen Sinne verhinderten. Die mitunter starke Rötung, ja die Eczembildung an der Applikationsstelle der Kompressen mit nachfolgender Abschilferung der Epidermis kommen ja auch bei hydropathischen Prozeduren vor und lassen sich überdies bei Perforation des impermeablen Stoffes ganz vermeiden oder doch wenigstens bedeutend einschränken. In der Vagina wurde bei der von uns gebrauchten Konzentration keine derartige Schädigung hervorgerufen, dass daraus eine Contraindikation für die Alkoholtherapie resultierte.

Deshalb steht einer weiteren ausgebreiteten Anwendung des Alkohols nichts im Wege, und nur auf Grund der Resultate bei zahlreichen, von verschiedenen Autoren angestellten Versuchen lässt sich ein definitives Urteil darüber abgeben, ob der Alkohol dauernd sich einen Platz bei der konservativen Behandlung entzündlicher Veränderungen im weiblichen Genitaltractus behaupten wird. Unsere Erfahrung spricht entschieden dafür, und wir möchten auf Grund derselben bei der konservativ-resorbierenden Behandlung entzündlicher Veränderungen des weiblichen Genitaltractus den Alkohol an einen der ersten Plätze unter den epidermatischen Resorbentien setzen.

Es ist selbstverständlich, dass man bei entzündlichen Veränderungen des weiblichen Genitaltractus mit allen Mitteln darnach trachten soll, auf resorptionsbefördernde Weise vorzugehen und operative Eingriffe zu vermeiden. Leider erwiesen sich die bisherigen medikamentösen Anwendungen vielfach als keineswegs genügend, schwere entzündliche Prozesse soweit in Schranken zu halten, dass sie nicht ver-

heerend auf die Nachbarorgane vordringen und auf den Gesamtorganismus einwirken.

Gerade das Material von gynaekologischen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser eignet sich besonders zur Vergleichung der einzelnen Behandlungsmethoden, da gerade hier die Mehrzahl der Fälle entzündliche Erkrankungen betrifft.

Wie aus der Arbeit von Dr. G. Herrmann aus der Klinik Küstners, sowie aus den diesbezüglichen Bearbeitungen von Winckel, Küstner, Rosthorn, Olshausen etc. hervorgeht, ist dieses Bestreben nach einer möglichst konservativen Therapie der entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus fast in allen Kliniken vorhanden.

Amann jr. wies schon öfters in seinen klinischen Vorträgen darauf hin, dass gerade bei den Beckenaffektionen der Frauen wegen der Vielgestaltigkeit der jeweils vorliegenden Verhältnisse eine für alle Fälle geltende Indikation zu einem operativen Vorgehen nicht zu stellen ist, dass eben zu individualisieren ist. Da nur bei ganz exakter Untersuchung und möglichst langer Beobachtung das Richtige zu treffen ist, so kommt in erster Linie immer die konservative Behandlung in Betracht. Unsere oben angeführten Ergebnisse stimmen mit der alten Erfahrungsthatsache überein, dass selbst grössere Eiteransammlungen in den Beckenorganen, besonders auf gonorrhoischer Basis, bei konservativer Behandlung sich vollständig resorbieren und spontan ausheilen können. So hat auch Amann jr. schon öfters betont, dass bei derartigen Eiterungen im weiblichen Becken der sonst geltende Satz: Ubi pus, ibi evacua! durchaus nicht ohne weiteres zutreffend ist. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend hat Amann jr. in seiner Klinik seit einiger Zeit auch noch andere konservativ-resorbierende Behandlungsmethoden, wie Hydrotherapie, Belastungstherapie nach Pincus, zur Anwendung gebracht, deren Resultate späterhin einen interessanten Vergleich mit der hier behandelten Alkoholtherapie geben dürften.

Der ausgebreiteteren Anwendung der conservierenden Methoden standen bisher vor allem die damit erzielten schlechteren Resultate trotz langdauernder Behandlung entgegen im Vergleiche zu den günstigen Berichten bei operativem Vorgehen. Sobald wir aber eine konservierende Behandlung haben, welche einerseits gleich günstige Resultate verspricht bei, man darf wohl sagen, gänzlichem Ausschlusse der Todesgefahr, andrerseits noch eine Möglichkeit einer Restitutio quoad functionem der erkrankten Teile offen lässt, die verschiedene Autoren gerade bei gonorrhoischen Adnexveränderungen nicht selten

eintreten sahen, wird sich das allgemeine Interesse der berufenen Kreise dieser Methode zuwenden. Mit der Beeinflussung der Schutzkräfte des Körpers und ihrer Anregung zum Kampfe gegen krankhafte Vorgänge, glaube ich, sind wir auf dem richtigen Wege zu diesem Ziele.

Dass gerade bei gonorrhoischen Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus, bei denen medicamentöse Behandlung so geringe Aussicht auf Erfolg hat, die Natur selbst sicher eine Heilung herbeiführen kann, zeigt ein von A. Schmidt, Altona, beobachteter Fall von heftiger gonorrhoischer Vulvovaginitis, die nach Auftreten eines Erysipels des Oberschenkels und dadurch verursachter starker Hyperaemie der ganzen Region rasch vollständig heilte.

Mit Rücksicht auf die leider immer häufiger werdenden entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus bei jugendlichen Individuen, besonders auf gonorrhoischer Basis, mit ihren häufigen, auch volkswirtschaftlich verderblichen Folgezuständen, wie Sterilität, Siechtum, Neurasthenie etc., wäre es nur zu wünschen, dass es immer mehr gelingen möchte, im Organismus selbst die Kräfte zum Kampfe gegen die Infection zu wecken und so eine rasche Naturheilung anzubahnen.

Der operativen Therapie wird man freilich nie ganz entraten können, weil es immer Fälle geben wird, die auch einer lange fortgesetzten, konservativen Behandlung trotzen werden, so besonders bei Dyskrasien, welche die Widerstandskraft und Reactionsfähigkeit des ganzen Organismus herabsetzen. Weiterhin werden die durch Mischinfection entstandenen Eiterungen, bei denen trotz lange dauernder, conservativer Behandlung manchmal ein Durchbruch in benachbarte Organe eintritt, einen operativen Eingriff erheischen, um einer Verjauchung und dadurch bewirkter direkter Gefährdung des Lebens vorzubeugen. Bei der arbeitenden Klasse ferner, wo bei unseren sozialen Verhältnissen die Arbeitsfähigkeit vielfach eine Existenzbedingung ist, wird die dringende Notwendigkeit einer raschen Wiedererlangung der Erwerbsmöglichkeit die immer noch langwierige, conservativ-resorbierende Behandlung von selbst ausschliessen und die rascher zum Ziele führende, operative Methode unter den gegebenen Umständen früher indicieren.

Zum Schlusse meiner Abhandlung möchte ich noch der angenehmen Pflicht genügen, Herrn Privatdozenten Dr. Josef Albert Amann für die Ueberlassung des Materials und das rege Interesse, das er meiner Arbeit entgegenbrachte, sowie Herrn Professor Dr. Hans Buchner für gegebene Orientierung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Anmerkung: Dr. C. Graeser publizierte neuestens in seinem Referate „Ueber Alkoholverbände" die im deutschen Krankenhause in Neapel mit Alkoholbehandlung gewonnenen durchwegs günstigen Erfolge. Da meine Arbeit schon abgeschlossen, muss ich mich darauf beschränken, auf die Veröffentlichung Graesers in der Münchener Medizinischen Wochenschrift 1900, Nr. 29 hinzuweisen.

Litteratur.

1. J. A. Amann: Kurzgefasst. Lehrbuch d. mikrosk.-gynäk. Diagnostik. Wiesbaden 1896.
2. Buchner: Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zwecke der Abwehr von Infectionsprocessen. Münch. Med. Wochenschr. 1899, Nr. 39., Nr. 40. — Zur Lehre von der natürlichen Immunität. Münch. Med. Wochenschr. 1899, Nr. 43. — Zur Kenntnis der Alexine, sowie der specifisch-bactericiden und specifisch-hämolytischen Wirkungen. Münch. Med. Wochenschr. 1900, Nr. 9.
3. Carossa: Eine neue Methode zur Behandlung des Kindbettfiebers. München, Seitz & Schauer. 1896.
4. Herrmann-Breslau: Beitrag zur conservierenden Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Inaugural-Dissertation, Stuttgart 1900.
5. von Hösslin: Hydrotherapie. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Dr. Peutzold u. Stintzing, Bd. V.
6. Salzwedel: Deutsche militär-ärztliche Zeitschrift 1894. — Weitere Mitteilungen über dauernde Spiritusverbände. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 40. — Ueber dauernde Spiritusverbände. Arch. f. klin. Chirurgie, 57. Bd., 3. H.
7. Schmidt-Altona: Erysipel und Gonococcen. Centralblatt für Gynäkologie. 1893.
8. Dr. L. Seitz: Versuche mit localer Alcoholtherapie in der Gynäkologie. Münch. Med. Wochenschr. 1900, Nr. 12.
9. von Winckel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1890.

Schema I.

Name, Alter, Stand	Datum	Kurze Anamnese				Befund		Diagnose	Art der Behandlung (Alcohol, Ernährung)	Subjective Schmerzempfindungen
		Beginn der Krankheit ev. Ursache	Bisherige Beschwerden			Aeusserlich a) Aussehen b) Ernährungszustnd c) Temperatur d) Puls e) Hämaglobin f) Gewicht	Innerlich: Veränderungen an Uterus und Adnexen			
			Geschlechtstractus, (Unterleib) Ausfluss, Menses	Blase	Rectum					

Schema II.

Methode der Behandlung	Zahl der beobachteten Fälle	Dauer der Behandlung in Tagen	Resultate			
			Geheilt		Subjectiv Wohlbefinden, objectiv Besserung	
			Zahl der Fälle	Dauer der Behandlung in Tagen	Zahl der Fälle	Dauer der Behandlung in Tagen
Alcohol	70	3011	20 (28,5 %)	896	31 (44,3 %) (1 durch Operation geheilt)	1421
Ichthyol	26	946	1 (3,9 %)	49	5 (19,2 %)	171

Behandlung												
tives Befinden		Objectives Befinden									Menses	Bemerkungen
Appetit	Schlaf	Grösse u. Consistenz d. veränderten Partien	Druckempfindlichkeit	Ausfluss	Temperatur	Puls	Hämaglobin	Defäcation	Exurese	Gewicht	Während der Behandlung	

tat							
Subjectiv Wohlbefinden, objectiv keine Besserng.		Subjectiv und objectiv Besserung		Subjectiv Besserung, objectiv nicht		Subjectiv u. objectiv keine Besserung	
Zahl der Fälle	Dauer der Behandlung in Tagen	Zahl der Fälle	Dauer der Behandlung in Tagen	Zahl der Fälle	Dauer der Behandlung in Tagen	Zahl der Fälle	Dauer der Behandlung in Tagen
2 (2,9 %) (1 durch Operation geheilt	49	11 (15,7 %) (1 durch Operation geheilt)	489	3 (4,3 %) (1 verlegt)	76	3 (4,3 %) (1 durch Operation geheilt)	80
—	—	9 (34,6 %)	438	9 (34,6 %)	238	2 (7,7 %)	50

Lebenslauf.

Geboren am 10. August 1871 zu Brandlhof, Bez.-Amt Stadtamhof, besuchte ich von meinem 7. Lebensjahre an 3 Jahre in Irlbach, 1 Jahr in Stadtamhof die Volksschule. Im Oktober 1883 erlangte ich meine Aufnahme in das Neue Gymnasium in Regensburg, dem ich 9 Jahre lang angehörte. Vom Herbste 1892 bis Herbst 1893 war ich Einjähriger im K. 11. Inf.-Reg. zu Regensburg, hernach frequentierte ich das K. Lyceum daselbst als Studierender der Theologie. Seit Sommersemester 1896 bin ich Angehöriger der K. Ludwig-Maximilians-Universität zu München als Studierender der Medicin.

München, 15. Februar 1901.

Sebastian Schmid
approb. Arzt.

Lehmann's medic. Hand-Atlanten

nebst kurzgefassten Lehrbüchern.

Bd. I. **Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe.** In 155 teils vielfarbigen Abbild. v. Dr. O. Schäffer. V. erweit. Auflage. geb. *M.* 8.–

Bd. II. **Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie.** Mit 160 meist farb. Abbild. u. 318 S. Text, von Dr. O. Schäffer. II. gänzlich umgearb. Aufl. Preis eleg. geb. *M.* 12.—

Bd. III. **Atlas und Grundriss der Gynäkologie,** m. 207 meist farb. Abbildg. u. 262 S. Text, v. Dr. O. Schäffer. II. Aufl. Preis geb. *M.* 14.—

Bd. IV. **Atlas der Krankheiten des Mundes, der Nase u. des Nasenrachenraumes.** Mit 64 color. Abb. Von Dr. L. Grünwald. geb. *M.* 6.—

Bd. V. **Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten.** Mit 65 color. Tafeln. Herausgegeben von Professor Mracek. Preis eleg. geb. *M.* 14.—

Bd. VI. **Atlas und Grundriss der Syphilis und der venerischen Krankheiten.** Mit 72 color. Tafeln. Von Prof. Mracek. geb. *M.* 14.—

Bd. VII. **Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik.** Mit 149 farb. Abbild. Von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. III. Aufl. Preis eleg. geb. *M.* 10.—

Bd. VIII. **Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen.** Mit 205 teils vielfarbigen Abbildungen. Von Prof. Dr. Helferich in Kiel. V. Auflage. Preis eleg. geb. *M.* 12.—

Bd. IX. **Atlas des gesunden und kranken Nervensystems** nebst Abriss der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben. Von Dr. Ch. Jakob. M. e. Vorrede v. Prof. Dr. Ad. v. Strümpell. II. Aufl. Preis *M.* 14.—

Bd. X. **Atlas und Grundriss der Bacteriologie und bacteriolog. Diagnostik.** Mit ca. 700 vielfarbigen Originalbildern. Von Prof. Dr. K. B. Lehmann u. Dr. R. Neumann. II. erw. Aufl. geb. *M.* 16.—

Bd. XI./XII. **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie.** In 150 farb. Taf. Von Prof. Dr. O. Bollinger. 2 Bde. II Aufl. geb. je *M.* 12.—

Bd. XIII. **Atlas und Grundriss der Verbandlehre** v. Professor Dr. A. Hoffa in Würzburg. In 144 Tafeln. II. Aufl. Preis eleg. geb. *M.* 7.—

Bd. XIV. **Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten.** In 44 farbigen Tafeln. Von Dr. L. Grünwald. Preis eleg. geb. *M.* 8.—

Bd. XV. **Atlas und Grundriss der internen Medicin und klin. Diagnostik.** In 68 farb. Tafeln. Von Dr. Chr. Jakob. Preis eleg. geb. *M.* 10.—

Bd. XVI. **Atlas und Grundriss der chirurg. Operationslehre.** Von Dr. O. Zuckerkandl. Mit 40 farb. Taf. u. 278 Textab. II. Aufl. geb. *M.* 10.—

Bd. XVII. **Atlas der gerichtlichen Medicin** v. Prof. Dr. v. Hofmann. Mit 56 farb. Tafeln und 193 Text-Illustrationen. Eleg. geb. *M.* 15.—

Bd. XVIII. **Atlas und Grundriss der äusseren Erkrankungen des Auges** v. Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Mit 67 farb. Abb. geb. *M.* 15.—

Bd. XIX. **Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde.** 40 farbige Tafeln, 141 Textabb. Von Dr. Ed. Golebiewski in Berlin. geb. *M.* 15.—

Bd. XX/XXI. **Atlas und Grundriss der patholog. Histologie.** Spezieller Teil 120 farb. Taf. Von Dr. H. Dürck. 2 Bände. geb. je *M.* 11.—

Bd. XXII. **Daselbe.** Allg. Teil. Mit 80 Tafeln. geb. *M.* 14.—

Bd. XXIII. **Atslas und Grundriss der orthopäd. Chirurgie.** Von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess. Mit 16 farbig. Taf. und 300 Textabb. geb. *M.* 15.—

Bd. XXIV. **Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde.** Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Politzer in Wien herausgegeben von Dr. Brühl. Mit 40 farb. Tafeln und circa 60 Textbild. Preis circa *M.* 10.–